

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



TRABAJO DE GRADUACIÓN:

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL AUTOEXAMEN DE
MAMAS EN MUJERES DE 18 A 55 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTAN EN LAS
UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR ESPECIALIZADA CIUDAD
MUJER, MORAZÁN E INTERMEDIAS EL DIVISADERO, MORAZÁN Y CAROLINA,
SAN MIGUEL AÑO 2019**

PRESENTADO POR:

**MARÍA BETANIA LAZO ESCOBAR
MARÍA SUYAPA ORELLANA BONILLA
ZEIDA ROSSEMARY ORELLANA VÁSQUEZ**

PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO:

DOCTORA EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DOCTOR HENRRY GEOVANNI MATA LAZO

NOVIEMBRE DE 2019

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EI SALVADOR

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DOCTOR RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICE-RECTOR ACADÉMICO

INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

INGENIERO FRANCISCO ALARCON

SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN

FISCAL GENERAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

MTO. CRISTOBAL HERNÁN RIOS BENÍTEZ

DECANO

LICENCIADO OSCAR VILLALOBOS

VICE DECANO

LICENCIADO ISRAEL LÓPEZ MIRANDA

SECRETARIO INTERNO

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MSC. ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MTA. ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO

**COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN DE DOCTORADO
EN MEDICINA**

TRIBUNAL CALIFICADOR

DOCTOR ERIK ANTONIO RODRÍGUEZ TURCIOS

PRESIDENTE

DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ

SECRETARIA

DOCTOR HENRRY GEOVANNI MATA LAZO

VOCAL

ASESORES

DOCTOR HENRRY GEOVANNI MATA LAZO

DOCENTE ASESOR

MTA. ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO

ASESORA METODOLÓGICA

AGRADECIMIENTOS

A Dios: Por ser mi fortaleza y quien me ayuda a tomar con sabiduría mis decisiones.

A mi familia: Francisco Lazo Casulá, Ana Julia Escobar de Lazo y Francisco de Jesús Lazo Escobar les dedico este trabajo de investigación como agradecimiento a su amor, apoyo incondicional en todo lo largo de esta carrera y ser mi ejemplo de superación en esta vida.

MARÍA BETANIA LAZO ESCOBAR

A Dios: De quien emana toda sabiduría.

A mis padres: Raúl Fredy Orellana Lizama y Ana Isabel Bonilla de Orellana por su incondicional apoyo.

A mi hermana: Fátima Gabriela Orellana Bonilla por ser la mejor compañía y apoyo.

MARÍA SUYAPA ORELLANA BONILLA

A mi madre: Vilma de la Paz Vásquez Fuentes por ser el pilar fundamental en mi formación y sin quien no hubiera sido posible que alcanzara esta etapa en mi vida profesional; por brindarme su amor, apoyo incondicional, consejos, motivación de una formación llena de valores. con mucho amor le dedico este trabajo de graduación y espero pueda llenarle de orgullo y brindarle la satisfacción de cosechar lo que durante mucho tiempo a sembrado

ZEIDA ROSSEMARY ORELLANA VÁSQUEZ

CONTENIDO

LISTA DE TABLAS.....	i
LISTA DE GRÁFICOS.....	ii
LISTA DE FIGURAS.....	iii
LISTA DE ANEXOS.....	iv
RESUMEN.....	v
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	7
CAPITULO III: OPERALIZACION DE LAS VARIABLES.....	19
CAPITULO IV: DISEÑO METODOLOGICO.....	21
CAPITULO V: RESULTADOS.....	25
CAPITULO VI: DISCUSIÓN.....	57
CAPITULO VII: CONCLUSIONES.....	59
CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES.....	62
CAPITULO IX: BIBLIOGRAFIA.....	65

LISTA DE TABLAS

	Página
Tabla N° 1: Distribución de la población por edad.....	25
Tabla N° 2: Procedencia de las pacientes en estudio	26
Tabla N° 3: Estado familiar de las pacientes investigadas	27
Tabla N° 4: Grupo religiosos al que pertenece	28
Tabla N° 5: Acceso a internet.....	29
Tabla N° 6: Posee redes sociales.....	30
Tabla N° 7: Frecuencia de utilización de redes sociales y/o internet.....	32
Tabla N° 8: Nivel de escolaridad que poseen las pacientes.....	34
Tabla N° 9: Conocimientos que poseen las pacientes sobre el autoexamen de mama	36
Tabla N° 10: Actitudes sobre el autoexamen de mamas.....	38
Tabla N° 11: Practica sobre el autoexamen de mamas.....	40
Tabla N° 12: ¿Conoce cómo se realiza el autoexamen de mamas?	42
Tabla N° 13: Los nódulos en las mamas son:	43
Tabla N° 14: Fuente de información para la prevención de cáncer de mamas.	45
Tabla N° 15: Razón por la que no se realiza el autoexamen de mamas	47
Tabla N° 16: La realización del autoexamen de mamas según religión.	49
Tabla N° 17: Su religión promueve el autoexamen de mamas.....	51
Tabla N° 18: ¿Practica el autoexamen de mamas?	52
Tabla N° 19: Frecuencia en que se realiza el autoexamen de mamas.....	53
Tabla N° 20: Momento del mes en que se realiza el autoexamen de mamas.....	55

LISTA DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico N° 1: Edad de las pacientes encuestadas:.....	25
Gráfico N° 2: Procedencia de las pacientes en estudio.....	26
Gráfico N° 3: Estado familiar de las pacientes investigadas.....	27
Gráfico N° 4: Grupo religioso al que pertenece la paciente.....	28
Gráfico N° 5: Acceso a internet	29
Gráfico N° 6: Redes sociales.....	31
Gráfico N° 7: Frecuencia de utilización de redes sociales y/o internet	33
Gráfico N° 8: Nivel de escolaridad que poseen las pacientes	35
Gráfico N° 9: Conocimientos sobre autoexamen de mamas	37
Gráfico N° 10: Actitudes sobre autoexamen de mamas	39
Gráfica N° 11: Practica sobre el autoexamen de mamas	41
Gráfico N° 12: Conocimiento de la realización del autoexamen de mamas	42
Gráfico N° 13: Los nódulos en las mamas son.....	44
Gráfico N° 14: Fuente de información sobre prevención del cáncer de mama.....	46
Gráfico N° 15: Razón por la que no se realiza el autoexamen de mamas.	48
Gráfico N° 16: La realización del autoexamen de mamas según su religión	50
Gráfico N° 17: Su religión promueve el autoexamen de mamas	51
Gráfico N° 18: ¿Practica el autoexamen de mamas?	52
Gráfico N° 19: Frecuencia en que se realiza el autoexamen de mamas	54
Gráfico N° 20: Momento en el mes que se realiza el autoexamen de mamas.	56

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura N° 1: Anatomía de la mama	65
Figura N° 2: Irrigación y drenaje venoso de la mama.....	65
Figura N° 3: Drenaje linfático de la mama	66
Figura N° 4: Inervación de la mama	66
Figura N° 5: Escala de Tanner	67
Figura N° 6: Tumor benigno de la mama.....	68
Figura N° 7: Tumor maligno de la mama.....	68
Figura N° 8: Autoexamen de mamas.....	69

LISTA DE ANEXOS

	Página
Anexos N° 1: Escala de BI-RADS	70
Anexos N° 2: Consentimiento informado	73
Anexos N° 3: Cuestionario dirigido a la población	74
Anexos N° 4: Cronograma de actividades	79
Anexos N° 5: Presupuesto	80
Anexos N° 6: Glosario	81

RESUMEN

El cáncer de mama es una enfermedad rápidamente proliferativa por lo que se han desarrollado diversas estrategias tanto farmacológicas (quimioterapia y radioterapia), no farmacológicas (promoción y prevención por ejemplo el autoexamen de mama), así como quirúrgicas, para disminuir su incidencia, detección temprana y tratamiento óptimo. **El objetivo** de esta investigación fué determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en edad 18 a 55 años que consultan en unidades comunitarias de salud familiar especializada, Ciudad Mujer, Morazán y e intermedias El Divisadero, Morazán y Carolina, San Miguel sobre el autoexamen de mama. La **Metodología:** que se utilizó en este estudio fué descriptivo, prospectivo, transversal, cuya muestra fue de 309 pacientes, con un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, como la edad de 18 a 55 años, sexo femenino, que pertenecieran a las áreas geográficas de influencia de las unidades sujetas de estudio, que desearan participar en el estudio; la información se obtuvo a través de la aplicación de técnicas de campo como la encuesta, que permitió determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mamas en mujeres de 18 a 55 años de edad que consultaron en las unidades comunitarias de salud familiar especializada, Ciudad mujer, Morazán e intermedias El Divisadero, Morazán y Carolina, San Miguel año 2019, se empleó una cedula de entrevista y La Escala de Likert modificada por el grupo de investigación, cuyo alfa de Cronbach es de 0.70. **Los resultados obtenidos:** El 28.49% de las encuestadas poseían un conocimiento adecuado mientras que el 71.51% un conocimiento inadecuado. El 91.91% presentaron actitudes adecuadas ante el autoexamen de mamas y el 8.09% actitudes inadecuadas. El 0.65% realizaban una práctica adecuada del autoexamen mientras que el 99.35% inadecuadas.

Palabras claves: mamas, autoexamen de mamas, cáncer de mama, mujeres de 18 a 55 años, prevención, conocimientos, actitudes, prácticas

INTRODUCCIÓN

El presente estudio titulado: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mamas en mujeres de 18 a 55 años de edad que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar especializada, Ciudad Mujer, Morazán e intermedias El Divisadero, Morazán y Carolina, San Miguel Año 2019, que se desarrolló en dos etapas: una bibliográfica, y otra de campo. Esta última consistió en cedulas o formatos de entrevistas de opinión con las mujeres en los rangos seleccionados implícitos en la investigación.

El capítulo I denominado: “Planteamiento del Problema” que comprende: Situación problemática, caracterización sociodemográfica incluyendo extensión territorial y densidad poblacional de las unidades de salud en cuestión, enunciado del problema, justificación del estudio, así como el objetivo principal de esta investigación y sus objetivos específicos.

El capítulo II “Marco Teórico” describe la anatomía, vascularización, inervación e irrigación de la glándula mamaria, la fisiopatología y su correspondiente desarrollo mamario. Paralelamente se puntualiza el estado epidemiológico mundial, regional y finalmente nacional del cáncer mamario, así como los factores de riesgos modificables y no modificables de la enfermedad destacando la terapia de reemplazo hormonal y antecedentes familiares de cáncer respectivamente. Describiendo finalmente la clasificación de las patologías mamarias en base a resultados histológicos distribuidos en tumores benignos entre los cuales se destaca el fibroadenoma mamario, y tumores malignos de los cuales el sarcoma es el referente de dicho estrato. Además, se detallan los diversos métodos diagnósticos enfatizando en la técnica correcta de la autoexploración mamaria ya que es un instrumento que no genera un costo financiero y es un instrumento de detección precoz de cualquier anomalía de la glándula mamaria.

El capítulo III contiene la “Operalización de las Variables” mostrando sus dimensiones e indicadores correspondientes.

El capítulo IV denominado: “Diseño Metodológico” en el que se describe el tipo de estudio realizado, así como la población a estudiar detallando la muestra pertinente, adyacentemente se enumera los criterios de inclusión y exclusión para establecer la muestra, el tipo de muestreo además de las técnicas de recolección de información: técnicas documentales, técnicas de trabajo de campo, instrumento utilizado, plan de análisis y las consideraciones éticas.

En el capítulo V titulado: “Resultados” se exponen los resultados obtenidos en las cédulas de entrevistas con su correspondiente análisis, interpretación estadística y gráfica.

El capítulo VI: corresponde a la “Discusión” espacio en el que se compara resultados con estudios internacionales que fueron tomados en cuenta como referencia para literatura de base.

El capítulo VII: contiene las “Conclusiones” que el equipo investigador ha simplificado luego de haber completado dicha recolección de información y haber realizado los análisis respectivos.

El capítulo VIII denominado: “Recomendaciones” expresa las estrategias a mejorar de los diferentes actores e instituciones implicadas en la prevención del cáncer de mama.

El capítulo IX: “Bibliografía” evidencia direcciones web de estudios y referentes de información científica que han sido utilizados como literatura de base para esta investigación.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática:

El cáncer de mama, según la Organización Mundial para la salud (OMS), es el tipo de cáncer más frecuente en la población femenina en países desarrollados y en vía de desarrollo, en donde su incidencia ha venido en aumento en los últimos años, esto asociado a una menor esperanza de vida, crecimiento de la urbanización y la adopción de estilos pocos saludables de vida.

En países desarrollados como EEUU, casi 15 millones de mujeres cada año solicitan atención médica a causa del tumor de mama y se diagnostican alrededor 190,000 casos nuevos anualmente. Por cada paciente diagnosticada con la enfermedad, otras 5 a 10 mujeres presentan biopsias compatibles con lesiones benignas (1) . De acuerdo con la agencia internacional para la investigación en cáncer, la tasa más alta de cáncer de mama por 100 mil mujeres en América Latina y el Caribe se presentó en Sudamérica con 46 casos por 100 mil mujeres, seguida por el Caribe con 32.9 y Centroamérica 25.9.

Según los reportes de Global Cáncer Observatory, la incidencia de cáncer de mama en El Salvador fue de 17.1 por cada 100,000 mujeres, y es la segunda causa de muerte por dicha patología entre la población femenina. Para el 2012 las tasas estandarizadas de incidencias y mortalidad del cáncer de mama en el país fueron de 23.6 y 8.8 por 100,000 mujeres respectivamente. A partir del año 2015 se creó la guía técnica para el manejo y control de cáncer invasor de mama, convirtiéndose en el primer instrumento estandarizado a nivel nacional para el diagnóstico y manejo adecuado de las mujeres con esta enfermedad, desde entonces exámenes mamográficos de tamizaje y diagnóstico se realizan diariamente en diversos centros de salud nacionales públicos y privados. Hasta la fecha el diagnóstico precoz en la atención primaria es la principal arma contra esta letal enfermedad y en ese sentido desempeña un papel importante el conocimiento del comportamiento de los factores de riesgo y la realización del autoexamen de mama. En nuestro país en el año 2017, las consultas totales sobre patologías mamarias fueron 1,406 casos, los egresos hospitalarios, 1,446 casos, y la

mortalidad nacional fue de 233 mujeres. De enero a septiembre de 2018, el Ministerio de Salud (MINSAL) registró 1,342 consultas por primera vez por cáncer de mama, 961 egresos hospitalarios y 122 defunciones a escala nacional. En el primer trimestre de 2018, solo el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) reportó 780 casos nuevos de cáncer, de ellos, 156 casos (20 %) fueron cáncer de mama en diferentes etapas de desarrollo y zonas de la mama. Anualmente, el sistema de salud de El Salvador atiende un promedio de 350 casos de cáncer de mama, enfermedad que es la segunda causa de muerte de mujeres en la región de las Américas, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2).

1.1.1 Caracterización de las unidades de salud

Las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Especializada, Ciudad Mujer e intermedia El Divisadero, Morazán las cuales brindan atención primaria en salud a la población de zonas urbanas y rurales mixta con una población total de 8000 habitantes, con una extensión territorial de 61.36 kilómetros cuadrados a 235 metros de altura sobre el nivel del mar con un casco urbano y 8 cantones: Llano de Santiago, Montecristo, Santa Anita, Loma larga, Loma tendida, Villa modelo San Pedro Carrizal, San Pedro Rio Seco y Nombre de Jesús. Mientras que la unidad comunitaria de salud familiar intermedia Carolina, perteneciente al departamento de San miguel con una extensión territorial de 52.92 kilómetros cuadrados a 290 metros sobre el nivel del mar 5 cantones: La Ceibita, La Orilla, Miracapa, Rosas Nacaspilo, Soledad Terrero y su casco urbano constituye una población total de 9000 habitantes.

1.2 Enunciado del problema

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mamas en mujeres de 18-55 años de edad que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Especializada, Ciudad Mujer, Morazán e intermedias El Divisadero, Morazán y Carolina, San Miguel Año 2,019?

1.3 Justificación del estudio

La alta incidencia, prevalencia y mortalidad del cáncer de mama presentado en El Salvador y el aumento de la detección de nuevos casos en la población a edades tempranas durante los últimos años, pone en evidencia que existe una falta de prevención primaria y grave retraso en la detención de dicha enfermedad. Por lo anterior es pertinente identificar el conocimiento y perspectivas sobre la autoexploración de mamas y su realización periódica en mujeres que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar del primer nivel de Atención. Existe una concepción general en la sociedad donde se dice que la mayoría de las mujeres sabe realizarse de manera adecuada el autoexamen de mama y por tanto tienen un conocimiento básico acerca del aspecto, color, consistencia de sus mamas. Es por ello, que, sin conocer la veracidad de dicha concepción, el presente estudio busca evaluar qué tanto conocen las mujeres de los aspectos físicos de sus mamas en condiciones normales y anormales. Es importante entonces conocer la presencia de factores de riesgo, signos y síntomas de peligro para el desarrollo de cáncer de mama, así como la cobertura de los tamizajes del auto examen de mama y mamografía. Todo esto con el fin de identificar a pacientes en riesgos y se logre la detección de cáncer de mama en estadios tempranos, siendo posible brindarles un tratamiento más eficaz y oportuno. Cabe resaltar que en muchas ocasiones y según conocimiento dado durante la realización de consultas una de las “demoras” en la detección de la enfermedad radica en la falta de conocimiento de las mujeres con respecto a sus mamas causando un retraso en el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las patologías mamarias. El cáncer de mama en los últimos años representa uno de los principales retos en salud de El Salvador debido a la mortalidad y costos en salud que ocasiona. Por lo que se han implementado estrategias de salud en las diversas instituciones públicas para la detección oportuna, ya que se ha demostrado con evidencia científica que las acciones preventivas disminuyen la mortalidad en un porcentaje importante (3). Asimismo, se pretende generar cambios de actitudes en la población para incentivar al personal de salud a desarrollar actividades de prevención primaria que incluyen la comunicación

educativa a la población para valorar los factores de riesgo, y la promoción de estilos de vida saludables.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 Objetivo general:

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres de 18 a 55 años de edad que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Especializada, Ciudad Mujer, Morazán e intermedias El Divisadero, y Carolina, San Miguel, año 2019.

1.4.2 Objetivos específicos:

- ✓ Caracterizar socio demográficamente la población sujeta a estudio.
- ✓ Conocer el uso de la técnica correcta del autoexamen de mama para la prevención de cáncer de mama.
- ✓ Identificar la fuente de información que poseen las mujeres sujeto de estudio sobre el autoexamen de mama.
- ✓ Enunciar los factores asociados a la realización del autoexamen de mama.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Anatomía de las mamas

Son los elementos superficiales más destacados de la pared anterior del tórax, especialmente en la mujer. Se componen de tejido glandular y de tejido fibroso de soporte integrados en una matriz de tejido graso, junto con vasos sanguíneos y linfáticos, y nervios. Tanto hombres como mujeres tienen mamas; generalmente sólo están bien desarrolladas en las mujeres. Las glándulas mamarias están situadas en el tejido subcutáneo que recubre los músculos pectorales mayor y menor. El pezón se encuentra en la prominencia más elevada de la mama, rodeado por un área circular de piel pigmentada, la areola. En las mujeres, las glándulas mamarias de las mamas son estructuras accesorias para la reproducción. En el hombre son rudimentarias y carecen de función; consisten sólo en unos pocos conductos pequeños o cordones epiteliales. Normalmente, la grasa de las mamas masculinas no es diferente de la del tejido subcutáneo de cualquier otra localización, y normalmente el sistema glandular no se desarrolla. El tamaño de las mamas de una mujer que no amamanta depende de la cantidad de grasa que rodea el tejido glandular. El cuerpo más o menos circular de las mamas femeninas descansa en el lecho de la mama, que se extiende transversalmente desde el borde lateral del esternón hacia la línea axilar media, y verticalmente desde la segunda hasta la sexta costillas. Dos terceras partes del lecho de la mama están formadas por la fascia pectoral que cubre el pectoral mayor, y el tercio restante por la fascia que cubre el serrato anterior. Entre la mama y la fascia pectoral se sitúa un plano de tejido subcutáneo laxo o espacio potencial (bolsa) retromamario. Este plano contiene una pequeña cantidad de grasa, y permite a la mama cierto grado de movimiento sobre la fascia pectoral. Una pequeña porción de la glándula mamaria puede extenderse a lo largo del borde inferolateral del pectoral mayor hacia la fosa axilar (axila) y formar el proceso axilar o cola (cola o proceso de Spence). Algunas mujeres lo descubren (especialmente cuando puede agrandarse durante un ciclo menstrual) y pueden creer que se trata de un bulto (tumor) o un nódulo linfático aumentado de tamaño. Las glándulas mamarias están unidas con firmeza a la dermis de la piel que las recubre, en especial por ligamentos cutáneos consistentes, los ligamentos suspensorios de Cooper.

Estas condensaciones de tejido conectivo fibroso, particularmente bien desarrolladas en la porción superior de la glándula, ayudan a sostener los lóbulos y lobulillos de la glándula mamaria. Durante la pubertad (8-15 años de edad), normalmente las mamas crecen, debido en parte al desarrollo glandular, pero sobre todo por el aumento del depósito de grasa. Las areolas y los pezones también crecen. El tamaño de la mama y su forma vienen determinados parcialmente por factores genéticos, raciales y dietéticos. Los conductos galactóforos dan lugar a yemas que se desarrollan en 15-20 lóbulos de la glándula mamaria, que constituyen el parénquima (tejido funcional) de la glándula mamaria. Por tanto, cada lóbulo está drenado por un conducto galactóforo, y todos ellos convergen para abrirse independientemente. Cada conducto tiene una porción dilatada profunda a la areola, el seno galactóforo, donde se acumulan gotitas de leche en la madre lactante. Cuando el recién nacido empieza a mamar, la compresión de la areola (y de los senos galactóforos que hay debajo) exprime las gotitas acumuladas y le estimula a continuar mamando mientras se establece el reflejo de bajada de la leche mediado hormonalmente. La leche de la madre es secretada en la boca del lactante, y no aspirada de la glándula. Las areolas contienen abundantes glándulas sebáceas, que se dilatan durante el embarazo y secretan una sustancia oleosa que proporciona un lubricante protector para la areola y el pezón. Estas estructuras están especialmente expuestas al roce y la irritación en el inicio de la lactancia materna. Los pezones (papilas mamarias) son prominencias de forma cónica o cilíndrica situadas en el centro de la areola. Los pezones no tienen grasa, pelo ni glándulas sudoríparas. La punta de los pezones está fisurada por los conductos galactóforos que desembocan en ellos. Los pezones están compuestos sobre todo por fibras musculares lisas dispuestas de forma circular que comprimen los conductos galactóforos durante la lactancia y producen la erección de los pezones como respuesta a estímulos, como cuando el lactante empieza a succionar. Las glándulas mamarias son glándulas sudoríparas modificadas; por consiguiente, no tienen ni cápsula ni vaina. El contorno redondeado y la mayor parte del volumen de las mamas se deben a la grasa subcutánea, excepto durante el embarazo, cuando crecen las glándulas mamarias y se forma nuevo tejido glandular. Los alvéolos (del latín, pequeños espacios huecos) secretores de leche están dispuestos en racimo. En muchas mujeres, las mamas aumentan ligeramente de tamaño durante el período

menstrual debido al aumento de la liberación en el tejido glandular de gonadotropinas, las hormonas estimulantes del folículo (FSH) y luteinizante (LH). (Figura N°1)

Vascularización de la mama

La irrigación arterial de la mama deriva de: Ramas mamarias mediales de las ramas perforantes y ramas intercostales anteriores de la arteria torácica interna, que se origina en la arteria subclavia. Arterias torácicas lateral y toracoacromial, ramas de la arteria axilar. Arterias intercostales posteriores, ramas de la aorta torácica en los espacios intercostales segundo, tercero y cuarto. (Figura N°2) El drenaje venoso de la mama se dirige principalmente a la vena axilar, aunque también drena una parte en la vena torácica interna. El drenaje linfático de la mama es importante debido a su papel en las metástasis de células cancerosas. La linfa pasa desde el pezón, la areola y los lóbulos de la glándula hacia el plexo linfático subareolar, y desde ahí: La mayor parte de la linfa mayor del 75 %, en especial la de los cuadrantes laterales de las mamas, drena hacia los nódulos linfáticos axilares, inicialmente en su mayoría a los nódulos pectorales o anteriores. No obstante, una porción de linfa puede drenar directamente a otros nódulos axilares o incluso a los nódulos interpectoriales, deltopectoriales, supraclaviculares o cervicales profundos inferiores. La mayor parte de la linfa restante, en particular la de los cuadrantes mamarios mediales, drena hacia los nódulos linfáticos paraesternales o hacia la mama opuesta, mientras que la linfa de los cuadrantes inferiores puede pasar profundamente hacia nódulos linfáticos abdominales (nódulos linfáticos frénicos inferiores subdiafragmáticos). La linfa de la piel de la mama, excepto la de la areola y el pezón, drena en los nódulos linfáticos axilares, cervicales profundos inferiores e infraclaviculares homolaterales, y en los nódulos linfáticos paraesternales de ambos lados. La linfa de los nódulos axilares drena en los nódulos linfáticos claviculares (supraclaviculares e infraclaviculares) y desde éstos en el tronco linfático subclavio, que también drena la linfa del miembro superior. La linfa de los nódulos paraesternales entra en los troncos linfáticos broncomediastínicos, que drenan también la linfa de las vísceras torácicas. La terminación de estos troncos linfáticos es variable; tradicionalmente se ha descrito la fusión de estos troncos entre sí y con el tronco

linfático yugular, drenando la cabeza y el cuello para formar un corto conducto linfático derecho en el lado derecho o entrando su terminación en el conducto torácico en el lado izquierdo. (Figura N°3) Sin embargo, en muchos casos (si no en la mayoría) los troncos desembocan independientemente en la unión de las venas yugular interna y subclavia, los ángulos venosos derecho o izquierdo, que forman las venas braquiocefálicas derecha e izquierda. En algunas ocasiones, desembocan en ambas venas contribuyentes justo antes del ángulo.

Nervios de la mama

Los nervios de la mama derivan de ramos cutáneos anteriores y laterales de los nervios intercostales cuarto al sexto. Estos ramos de los nervios intercostales atraviesan la fascia pectoral que recubre el pectoral mayor para alcanzar el tejido subcutáneo y la piel de la mama. Los ramos de los nervios intercostales conducen fibras sensitivas de la piel de la mama y fibras simpáticas hasta los vasos sanguíneos de las mamas y el músculo liso en la piel que las recubre y los pezones (4). (Figura N°4)

2.1.1 Desarrollo mamario

Tanner I o prepuberal: sin tejido glandular, la areola sigue los contornos de la piel del tórax. Edad normalmente de 10 años o menor.

Tanner II: botón mamario, con una pequeña zona de tejido circundante glandular; la areola comienza a ensancharse. Edad normalmente de 10 y 11.5 años.

Tanner III: La mama comienza a elevarse y se extiende más allá de los límites de la areola, que continúa aumentando, pero permanece dentro del contorno mamario. Edad entre 11.5 y 13 años.

Tanner IV: elevación y aumento de tamaño de los senos; areola y pezón forman un montículo secundario que sobresale del reborde de la mama. Edad entre 13 y 15 años.

Tanner V: la mama alcanza su tamaño definitivo de adulto; la areola vuelve al nivel de la superficie mamaria, pero el pezón sigue haciendo prominencia. Edad 15 años o mayor (5). (Figura N°5)

2.2 Epidemiología

Se estima que en Estados Unidos se presentan unas 271,270 personas a quien se les diagnostica cáncer de mama anualmente de los cuales 269,600 son mujeres mientras que 2,670 son hombres, lo que representa menos del 1%. En El Salvador; la edad de máxima incidencia del cáncer de mama está por encima de los 50 años (75 % de todos los casos) y aproximadamente 6 % se diagnóstica en mujeres menores de 35 años. Alrededor del 6% de las mujeres tienen cáncer de mama metastásico cuando se les diagnostica por primera vez. Sin embargo, en El Salvador, las edades que predominaron en el 2014 fueron entre 40 a 49 años de edad con el mayor número de casos nuevos diagnosticados (SIMMOW año 2014). Según el diagnóstico situacional de cáncer en El Salvador 2015, el cáncer de mama es la segunda causa de egresos hospitalarios en las mujeres. La tasa de sobrevivencia a cinco años de las mujeres con cáncer es del 27% y en el hombre es del 25%. (6) Según el SUI(SUIS, Módulo SIMMOW), durante los últimos años se han reportados los siguientes datos en cuanto a defunciones por cáncer de mama durante el año 2011, fueron treinta y dos muertes; en el 2012 se reportaron veintiséis; en el 2013 fueron veintiún muertes y para el 2014 fueron treinta y nueve muertes. (7)

2.3 Factores de riesgo

Se han identificado múltiples factores de riesgo del cáncer de mama, que se detallan a continuación. Entre ellos, están los factores de riesgo modificable, no modificable y relativo. (8)

2.3.1 Factores de riesgo no modificables

Ser mujer: aproximadamente cien veces más común en mujeres que en hombres.

Edad: El 75% de los casos de cáncer mamario se dan en mujeres mayores de 50 años y el pico de incidencia de este cáncer es alrededor de los 60 años.

Raza: Ligeramente mayor en mujeres de raza blanca que en las de raza negra de padecer cáncer de mama. Las mujeres latinoamericanas tienen un menor riesgo de padecer de este padecer de este tipo de cáncer.

Menarquía temprana: son de riesgo de cáncer de mama aquellas que han tenido ciclos menstruales antes de los 12 años debido a la exposición temprana a los estrógenos.

Menopausia tardía: las mujeres que experimentaron la menopausia después de los 55 años tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama. Por cada año que se retrasa la menopausia aumenta un riesgo a un 2.8% y este aumento aumenta con el tiempo.

Tejido mamario denso: la densidad mamaria dificulta el diagnóstico precoz de cáncer mamario por mamografía.

Afecciones benignas de la mama: Lesiones proliferativas con atipias: aumentan 3.5 a cinco veces el riesgo.

Lesiones proliferativas sin atipias: aumentan levemente 1.5 a 2 veces el riesgo.

Carcinoma lobulillar in situ: incrementa de 7 a 11 veces el riesgo de cáncer invasivo de cualquiera de los senos.

Antecedente personal de cáncer de mama: aumenta de 3 a 4 veces el riesgo de padecer un nuevo cáncer del seno contralateral o en otra parte del mismo seno.

Historia familiar de cáncer de mama: un 15% de las mujeres tiene un familiar de cáncer de mama.

Mutaciones genéticas: alrededor de 5 al 10% del cáncer de mama son hereditarios, lo que significa que se originan directamente de defectos genéticos heredados de uno de los padres.

2.3.2 Factores de riesgo modificables

Sobrepeso y obesidad: la obesidad en la mujer post-menopáusica aumenta 50% el riesgo de padecer el cáncer de mama.

Consumo de alcohol: aumenta el riesgo 1.5 veces cuando se ingiere de 15 a 30 gr. De dos a 5 veces al día.

Paridad: las mujeres que no han tenido hijos o que tuvieron su primer hijo después de los 30 años, tienen un riesgo de cáncer ligeramente mayor.

Terapia de reemplazo hormonal: combinada con estrógenos más progestágenos en la post-menopausia aumenta el riesgo.

2.3.3 Factores de riesgo relativos.

Antecedentes de radiación al tórax en pacientes sin cáncer de mama: la radiación mamaria incrementa el riesgo de padecer el cáncer de mama cuando esta se administra a dosis terapéuticas (radioterapia), pero no cuando es a dosis usada para toma de mamografía de tamizaje o diagnóstico.

Por otra parte, existen otros factores que reducen el riesgo para cáncer de mama como por ejemplo lactancia materna, menopausia temprana, dieta balanceada, tener hijos, etc.

2.4 Clasificación de patologías mamarias

2.4.1 Tumores benignos

Todos los tejidos de la glándula mamaria son capaces de provocar un tumor, benigno o maligno. A los tumores derivados del epitelio mamario se les conoce genéricamente con el nombre de carcinomas y los derivados de la mesénquima como sarcomas. En la siguiente lista se mencionan los casos más comunes de tumores benignos y malignos.

2.4.1.1 Fibroadenoma mamario

Es un tumor mixto fibroepitelial, se presenta en mujeres jóvenes y durante el embarazo; esto permite deducir que su desarrollo tiene relación con una estimulación estrogénica que es responsable de la proliferación epitelial y actividad secretora y en mujeres que han sido sometidas a la acción de contraceptivos hormonales. El fibroadenoma es el tumor benigno más frecuente de la mama. Se presenta en las primeras décadas de la vida y afecta con predilección a la tercera. A la exploración física se puede encontrar un

tumor de tamaño variable, entre 2 y 5 cm., con forma esférica o discretamente alargado, lobulado, de consistencia dura, elástica, con límites bien definidos, dolor a la presión y móvil, siendo ésta su característica más sobresaliente. Cuando tienen gran volumen y se encuentran situados en la periferia, o la mama es pequeña, logran protruir la piel que los cubre. Las zonas regionales linfoportadoras la mayor parte de las veces son negativas, pero en ocasiones se encuentran ganglios de carácter inflamatorio. (Figura N° 6)

2.4.1.2 Tumor phyllodes

Es un tumor fibroepitelial, derivado la mayor parte de las veces de un fibroadenoma del que conserva algunas de sus características clínicas. Este tumor es poco frecuente, su mayor frecuencia ocurre entre la tercera y cuarta décadas de la vida y los extremos de 20 y 60 años. Es un tumor voluminoso de rápido crecimiento, que protruye la piel dándole la apariencia lisa, brillante y adelgazada, a la palpación se encuentra en algunos casos un tumor de gran volumen, con áreas duras elásticas que recuerdan el fibroadenoma y otras de menor consistencia o francamente renitentes. Es un tumor móvil que habitualmente cursa sin adenomegalias regionales. El tumor phyllodes tiene una enorme capacidad de recidivar después de la extirpación quirúrgica. La evolución del tumor es variable, los casos malignos provocan lesiones metastásicas particularmente por la vía hemática a pulmón, existiendo casos de metástasis ganglionares regionales y a cerebro pueden alcanzar grandes dimensiones en pocas semanas y otros pueden tener un crecimiento lento; raramente son bilaterales.

2.4.1.3 Papiloma canalicular y papilomatosis

Es una lesión ampliamente discutida tanto por su verdadero carácter tumoral, como por su probable relación predecesora de cáncer mamario. A esta lesión se le considera como el grado máximo de hiperplasia de las células de revestimiento de los conductos mamaros, o como un verdadero tumor uni o multicéntrico de los conductos. Ocupa el cuarto lugar en frecuencia de los tumores benignos de la mama y se presenta

fundamentalmente entre la cuarta y quinta década de la vida. Característica clínica del papiloma canalicular es la salida espontánea de secreción por uno o ambos pezones. La papilomatosis de focos múltiples se caracteriza por la multicentricidad de las lesiones y su localización periférica; en esta patología clínicamente hay salida del material por varios de los conductos terminales de la mama. (Figura N°7). La papilomatosis juvenil tiene idénticas características clínicas, la diferencia radica en la edad de su presentación entre los 14 y 24 años. En los casos de papiloma y papilomatosis se acompaña de una masa palpable a la exploración, cuando está presente se debe sospechar una lesión maligna (9).

2.4.2 Tumores malignos

2.4.2.1 Sarcomas

Estos tumores se originan del tejido mesenquimatoso que es parte del tejido conjuntivo, ocupando aproximadamente el 1 % de todos los tumores malignos de la mama, siendo el más frecuente el fibrosarcoma, el cual se caracteriza por presentar un rápido crecimiento. Las características clínicas más importantes son: presencia de un nódulo de rápido crecimiento, que puede aumentar su tamaño en un corto tiempo, consistencia dura con algunas zonas blandas, no es común que se abombe la piel, ni la retracción cutánea, siendo tumores de muy mal pronóstico por su alto grado de invasión y alto número de metástasis contando con un bajo porcentaje de sobrevida a cinco años.

2.5 Diagnóstico

2.5.1 Examen físico

El cáncer de mama en estadios tempranos es asintomático. La mujer con cáncer de mama avanzado puede presentar los siguientes signos y síntomas:

Nódulo mamario: generalmente indoloro, de consistencia firme y bordes irregulares (signo clínico más frecuente).

A nivel de piel de las mamas: enrojecimiento, descamación, ulcera, hundimiento o retracción, piel de naranja.

A nivel de pezón: descamación, erosión, costra, dolor, inversión y secreción por el pezón que no es leche.

Tumor axilar: se presenta cuando hay compromiso de los ganglios linfáticos.

Endurecimiento o hinchazón de cualquier sitio de la mama.

Cambio del tamaño o la forma de las mamas.

Sensación de pesantez, ardor, dolor en el seno.

2.5.2 Estudios clínicos

En las mujeres de 30 años de edad o mayores, la mayoría de expertos está de acuerdo que cualquier masa debe valorarse por exploración física, ultrasonido y mamografía. Aunque algunos creen que las masas sólidas benignas pueden distinguirse de las tumorales con el uso de ultrasonido, muchos sienten que esto debe ser evaluado con biopsia por aguja o escisional. Las lesiones palpables pueden aspirarse bajo guía clínica y si se drena líquido y la masa desaparece ésta es buena evidencia de que se trata de un quiste simple. Si el ultrasonido demuestra un quiste simple, no es necesario hacer más intervenciones. Los quistes sintomáticos pueden aspirarse para proveer alivio, aunque recurren a menudo. Los quistes no simples (complejos) que parecen contener líquido y tejido sólido se tratan con biopsia escisional, después de localización con aguja para evaluar su totalidad. En casos donde el examen físico y la imagenología sean consistentes con enfermedad fibroquística, se puede considerar biopsia con aguja fina (FNA).

Mamografía

Es examen médico no invasivo que se realiza a mujeres mayores de 40 años anualmente, si una paciente presenta una mamografía anormal en ausencia de una masa mamaria palpable requiere una valoración rápida. El trabajo diagnóstico depende por lo general de las recomendaciones del radiólogo que interpretó dicho estudio. Se

categoriza el grado de anomalía usando el sistema *Breast Imaging and Reporting Data* (BI-RADS) (Anexo N°1). Se recomienda que a las pacientes con etapa III se realice estudios como rayos X, tomografía computarizada del tórax, del abdomen, pelvis y rastreo óseo (10).

2.6 Autoexamen de mama

El objetivo del autoexamen es lograr que las mujeres conozcan y examinen sus mamas, con el fin de que si llegaran a identificar algún parámetro irregular acudan al servicio médico especializado para la valoración. Esta prueba se recomienda que sea iniciada en edad temprana a partir de la menarquía, se debe realizar de 8 a 10 días después de la menstruación. En mujeres que ya no menstrúan se debe hacer una vez al mes, un día en específico. El autoexamen de mama se realiza de la siguiente manera:

1. Colóquese frente a un espejo, sin ninguna prenda en el tórax, con los brazos colgando, o las manos en la cintura observando y revisando en ambas mamas el tamaño, forma, manchas y cambios en la piel.
2. Mientras esté de pie frente a un espejo, con sus manos presionando firmemente sus caderas hacia abajo, observe sus mamas para detectar cualquier cambio en tamaño, forma, contorno, formación de hoyuelos, o enrojecimiento o escamosidad de los pezones o de la piel de las mamas, cuando se presionan las caderas hacia abajo, los músculos de la pared torácica se contraen y esto hace que sobresalga cualquier cambio en las mamas.
3. Frente al espejo, con las manos elevadas por encima de la cabeza y los codos hacia adelante observe si se presentan hoyuelos, protuberancias, retracciones, secreciones de sangre o pus.
4. Levante el brazo izquierdo por detrás de la cabeza con el codo en alto y con la mano derecha examine su mama izquierda en dirección de las manecillas del reloj, comenzando en la periferia de la parte superior izquierda hasta llegar al pezón utilizando las yemas de los tres dedos del medio de la mano derecha para palpar cualquier masa, bulto o protuberancia en el mama izquierdo, con la

yema de los dedos emplee movimientos circulares contiguos para palpar el tejido del mama, utilizando los niveles de presión. Repita este mismo paso en la otra mama.

5. Siga con una palpación de arriba abajo teniendo como límite superior el reborde inferior de la clavícula, como límite inferior el pliegue inferior de la mama, como límite lateral la línea axilar media y como límite medial el esternón, iniciando a nivel axilar y terminando a nivel del esternón. Repita el mismo paso en la mama izquierda.
6. Acuéstese colocando una mano detrás de la cabeza y repita el examen. Haga presión en el pezón para saber si hay secreciones anormales.
7. Examine cada axila mientras esté sentada o de pie y con su brazo ligeramente levantado para que usted pueda palpar esa área con facilidad (11). (Figura N°8)

2.7 Pronóstico y tratamiento

El personal de salud debe tomar las decisiones terapéutica de los pacientes con cáncer de mama basándose en la edad y el estado menopáusico de la mujer, el estadio clínico de la enfermedad, los factores pronósticos (grado histológico y nuclear del tumor primario, los índices de los receptores de estrógenos y progesterona en el tejido tumoral, el estado del receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2), las condiciones generales de salud, los recursos humanos y materiales con que se cuenta, medicamentos en el listado oficial de medicamentos en el Listado Oficial de Medicamentos del MINSAL, considerando la voluntad y libre decisión de la mujer. Se debe contar con el consentimiento firmado de la mujer previa información completa de su cuadro clínica, opciones terapéuticas y pronóstico. Actualmente los métodos terapéuticos que se emplean para tratar el cáncer de mama son: cirugía como extracción de masa o mastectomía radical, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia.

CAPITULO III: OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos • Actitudes • Prácticas 	<p>Conocimientos: es aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad.</p> <p>Actitudes: es un gesto exterior manifiesto que indica su preferencia y entrega a alguna actividad observable.</p> <p>Prácticas: son una serie de comportamientos relacionados; son ese aspecto concreto, son la acción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Características demográficas. • Factor social. • Factor cultural. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Procedencia • Estado familiar • Escolaridad • Número de miembros de la familia • Creencias • Escala de Likert modificada por el grupo de investigación.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> Autoexamen de mama 	<p>Autoexamen de mama: es un chequeo que una mujer se realiza en casa para buscar cambios o problemas en el tejido mamario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fuente de información. Accesos a servicios de salud sexual y reproductiva. Consulta ginecológica Técnica de autoexamen de mama 	<ul style="list-style-type: none"> Acceso a internet. Conocimientos inadecuados. Practica inadecuada del autoexamen Antecedentes de patologías mamarias.

CAPITULO IV: DISEÑO METODOLOGICO

4.1 Tipo de estudio:

Prospectivo, porque se recolectó la información durante la ejecución de la investigación; los datos se obtuvieron a medida que estos sucedían, en concordancia en el tiempo que se diseñaron y se comenzaron a realizar en ese momento, pero los datos se analizaron posteriormente.

Transversal, ya que se investigó acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mamas en mujeres de 18 a 55 años de edad que consultaron en las Unidades de Salud Familiar Especializada, Ciudad Mujer e intermedias El Divisadero, Morazán y Carolina, San Miguel. Año 2019, en el cual no existió continuidad en el eje de tiempo.

Descriptivo, ya que permitió detallar los conocimientos actitudes y prácticas que poseían la población en estudio acerca del autoexamen de mama.

4.2 Población:

En la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada de Ciudad Mujer, e intermedia El Divisadero, Morazán y Carolina, San miguel se atendieron un total de consultas desconocidas por lo que se realizó la formula $n= Z^2 \times P \times Q / E^2$ para obtener la población con la que se investigó.

4.3 Muestra:

Se utilizó la fórmula para la población no conocida ya que el dato exacto de los usuarios femeninos en cada unidad de salud no se conoce y en el sistema SIMOW no se encuentran dichos datos se decide distribuir el estudio equitativamente entre las tres unidades de salud.

$$n = Z^2 \times P \times Q / E^2$$

Donde:

Z: 1.95

E: 0.05

P: 0.5

Q: 0.5

$$n = \frac{(3.803) (0.5 \times 0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.803) (0.25)}{(0.0025)}$$

$$n = 309$$

4.4 Criterios para establecer la muestra

4.4.1 Criterios de inclusión

1. Paciente femenina
2. Paciente entre los 18 y 55 años de edad
3. Paciente que pertenecía al área geográfica de las unidades comunitarias en salud en estudio.
4. Paciente que aceptó formar parte de dicho estudio

4.4.2 Criterios de exclusión

1. Paciente masculino
2. Paciente femenina menor de 18 años o mayor de 55 años de edad
3. Pacientes femeninas que han presentado previamente patologías mamarias
4. Paciente que actualmente presentaban patología mamaria

5. Paciente embarazada
6. Paciente femenina con patología crónica
7. Paciente con enfermedad mental

4.5 Tipo de muestreo

La muestra es de tipo no probabilístico por conveniencia; es decir, no todas las pacientes femeninas estuvieron sujetas a estudio ya que se establecieron criterios de inclusión, que se utilizaron para seleccionar la población en estudio. Es subtipo discrecional; ya que en base a criterios médicos se estableció una muestra representativa para estudio.

4.6 Técnicas de recolección de información

4.6.1 Técnicas documentales

Se utilizaron los motores de búsqueda de EBSCOHOST, ya que la Universidad de El Salvador tiene convenio con ellos, lo que nos facilitó la búsqueda de la información de carácter científico, que está provista de una mayor certificación y validación de la investigación.

4.6.2 Técnicas de trabajo de campo

Se utilizó la encuesta para obtener los conocimientos, actitudes y prácticas que poseían las pacientes sometidas a investigación.

4.7 Instrumento.

Se utilizó una cedula de entrevista que constó de 28 preguntas, las cuales eran de respuestas cerradas que facilitó y brindó más exactitud en el análisis de los datos.

La cedula de entrevista incluyó en su contenido preguntas acerca de las características sociodemográficas, así como de los conocimientos, actitudes y prácticas (Anexo N°3) a las cuales se le estableció la escala de Likert modificada y su alfa de Cronbach es de 0.70.

4.8 Plan de análisis

Para los análisis de los datos se utilizó las tablas de contingencia que muestran frecuencias y porcentajes, generadas en una matriz elaborada en el programa de Microsoft Excel 2016 en el que se realizó un análisis estadístico descriptivo como promedios, desviaciones estándar y análisis de varianza. Para la medición de los conocimientos actitudes y prácticas se utilizó la escala de Likert modificada por el grupo de investigación en el que se asignó valores numéricos para generar mediciones que nos permitió establecer parámetros de análisis: en donde menor de 2 desviaciones estándar se considera como inadecuado y mayor de 2 desviaciones estándar se considera adecuada.

4.9 Consideraciones éticas:

La participación de la población sujeta de estudio fue voluntaria y para ello se utilizó el consentimiento informado (Anexo N°2). Se explicó detalladamente sobre la investigación y se les proporciono una cedula de entrevista que fue contestadas por ellas, de manera confidencial y anónima (Anexo N°3). Por lo que se cumplieron las siguientes características:

- ✓ Participación anónima.
- ✓ La información obtenida fue de manera voluntaria, sin prevendas ni pago alguno.
- ✓ Se les explico sobre la necesidad de la aplicación del instrumento y la importancia de que dicha información fuese certera y verídica.
- ✓ Los resultados exclusivamente de índole investigativo.

CAPITULO V: RESULTADOS

Tabla N° 1: Distribución de la población por edad

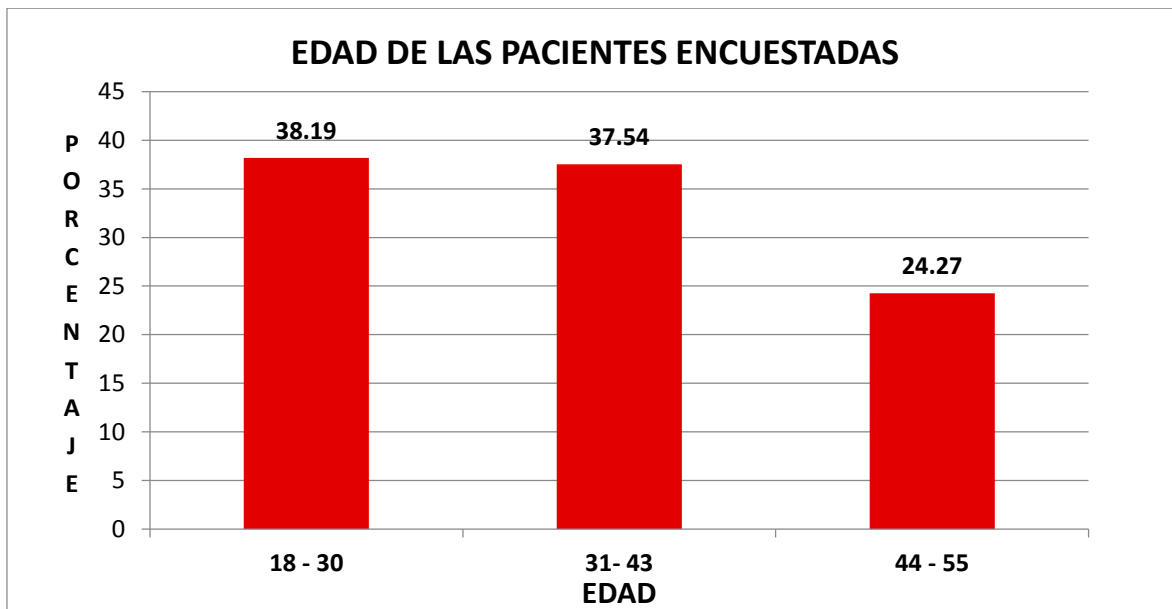
EDAD	FR	%
18 - 30	118	38.19
31- 43	116	37.54
44 - 55	75	24.27
TOTAL	309	100

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: El 38.19% pertenece a las edades de 18 a 30 años, el 37.54% a edades de 31 a 43 años y el 24.27% se encuentran en edades entre 44 a 55 años.

Interpretación: La mayoría de las pacientes sujetas a estudio se concentran entre la edad de 18 a 43 años principalmente, la importancia de estas edades radica que en este período es considerado el punto de partida para la realización del autoexamen de mamas, es decir, preparar una opción diagnóstica para posibles eventualidades que surjan en las glándulas mamarias.

Gráfico N° 1: Edad de las pacientes encuestadas:



Fuente: Tabla N° 1

Tabla N° 2: Procedencia de las pacientes en estudio

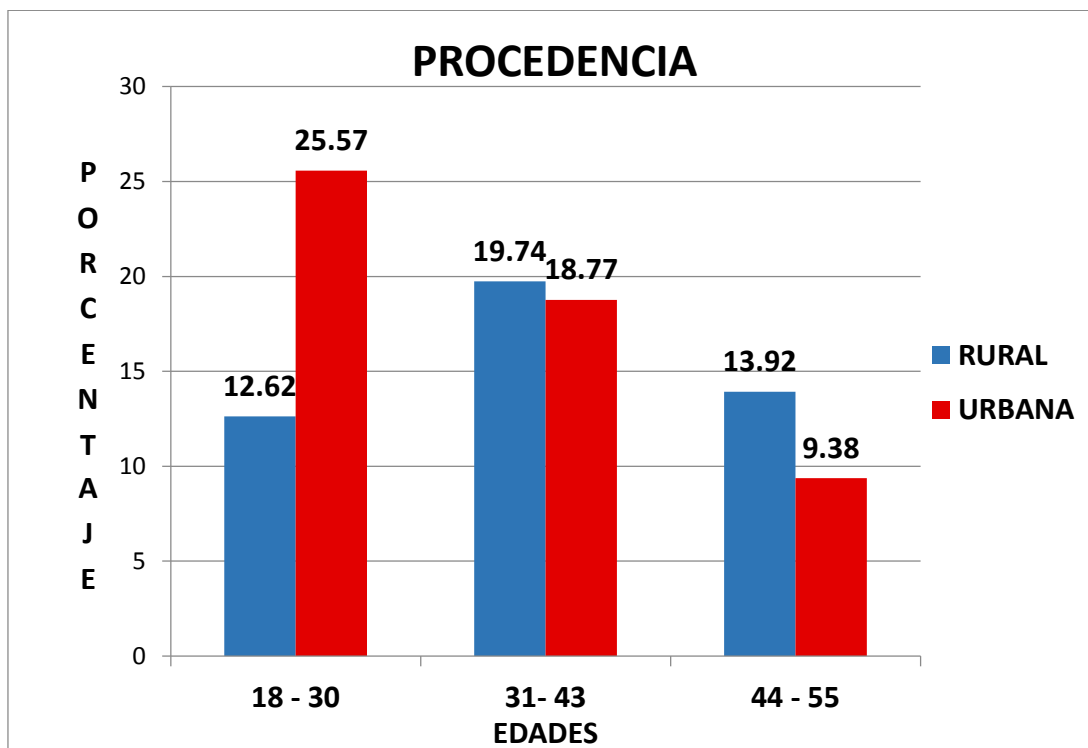
EDAD	RURAL	%	URBANA	%
18 - 30	39	12.62	79	25.57
31- 43	61	19.74	58	18.77
44 - 55	43	13.92	29	9.38
TOTAL	143	46.28	166	53.72

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: En edades entre 18 a 30 años el 12.62% son de área rural y el 25.57% de área urbana, en edades entre 31 a 43 años el 19.74% son de área rural y el 18.77% son de área urbana, en edades entre 44 a 55 años el 13.92% son de área rural y el 9.38% son de área urbana.

Interpretación: La mayor parte de las encuestadas son de procedencia urbana principalmente.

Gráfico N° 2: Procedencia de las pacientes en estudio.



Fuente: Tabla N° 2.

Tabla N° 3: Estado familiar de las pacientes investigadas

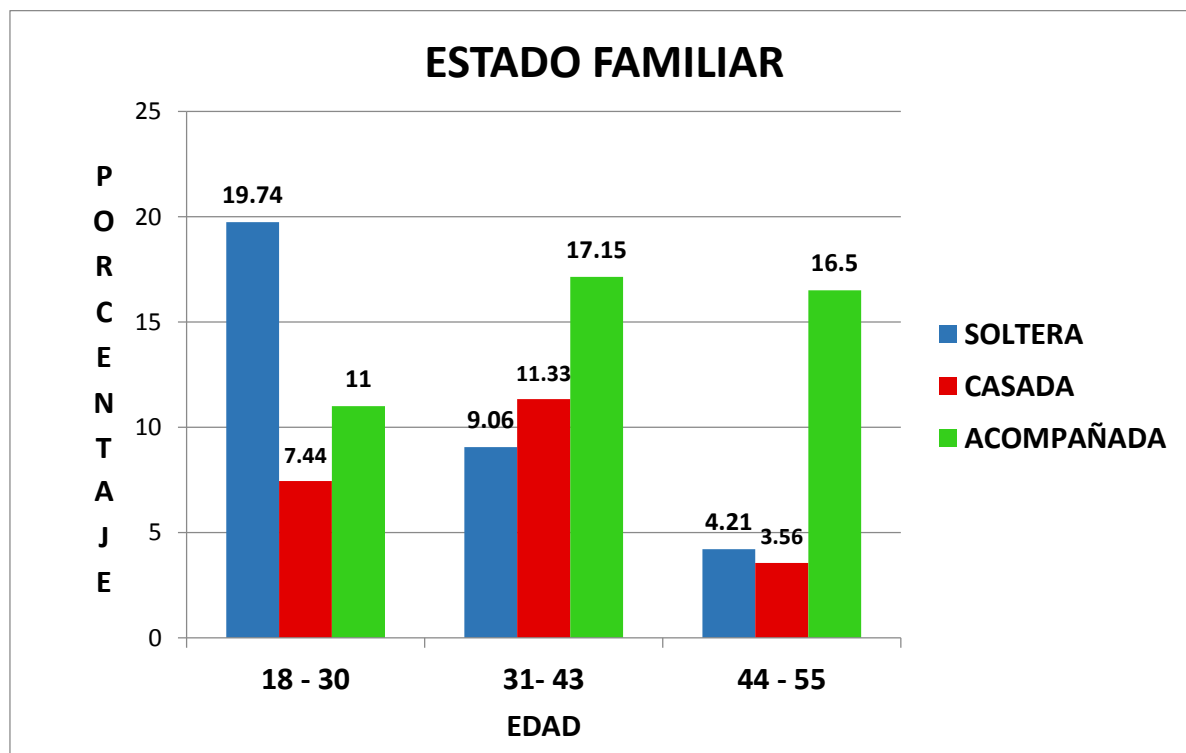
EDAD	SOLTERA	%	CASADA	%	ACOMPAÑADA	%
18 - 30	61	19.74	23	7.44	34	11
31- 43	28	9.06	35	11.33	53	17.15
44 - 55	13	4.21	11	3.56	51	16.5
TOTAL	102	33.01	69	22.33	138	44.65

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: El 33.01% de las encuestadas se encuentran solteras, el 22.33% son casadas y el 44.65% están acompañadas.

Interpretación: La mayoría de pacientes encuestadas en este estudio poseen un estado familiar acompañadas.

Gráfico N° 3: Estado familiar de las pacientes investigadas.



Fuente: Tabla N° 3

Tabla N° 4: Grupo religiosos al que pertenece

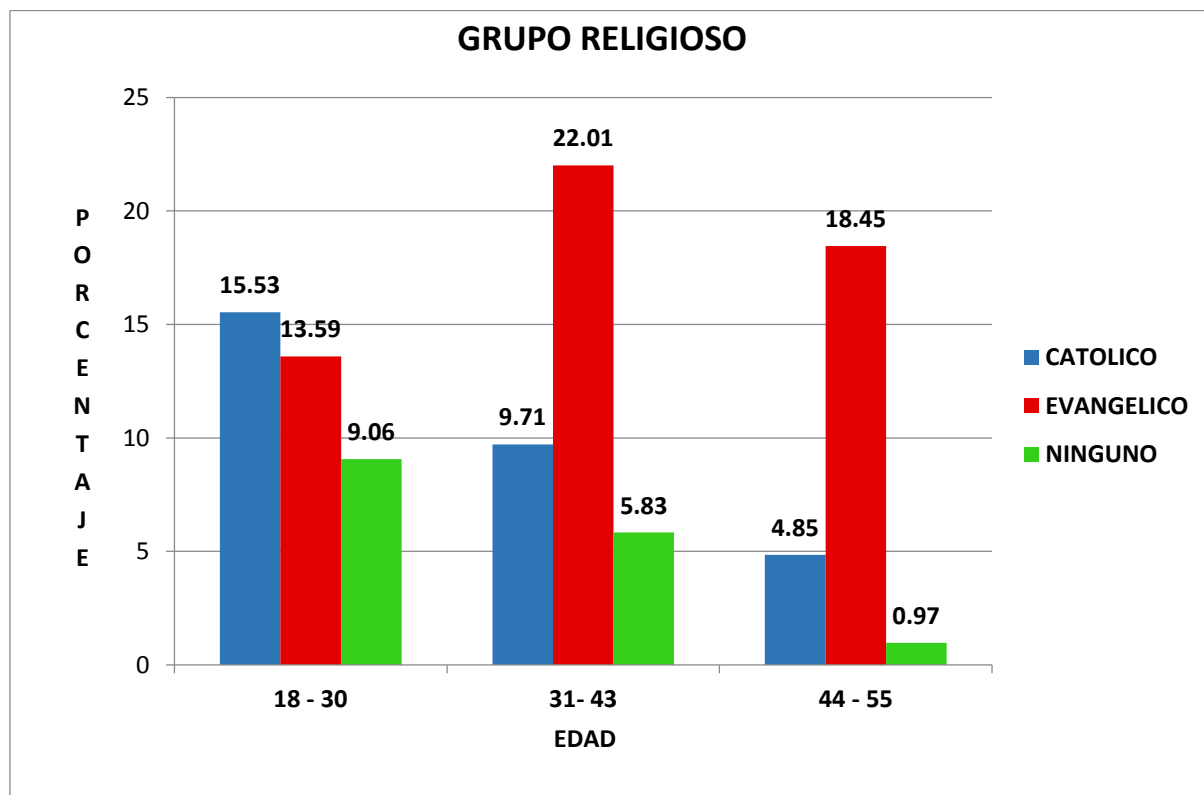
EDAD	CATOLICO	%	EVANGELICO	%	NINGUNO	%
18 - 30	48	15.53	42	13.59	28	9.06
31- 43	30	9.71	68	22.01	18	5.83
44 - 55	15	4.85	57	18.45	3	0.97
TOTAL	93	30.09	167	54.05	49	15.86

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: La población encuestadas el 30.09% pertenece al catolicismo, el 54.05% son evangélicas y el 15.86% no pertenecen a ningún grupo religioso.

Interpretación: La mayoría de las pacientes pertenecen al grupo religioso evangélico.

Gráfico N° 4: Grupo religioso al que pertenece la paciente.



Fuente: Tabla N° 4

Tabla N° 5: Acceso a internet

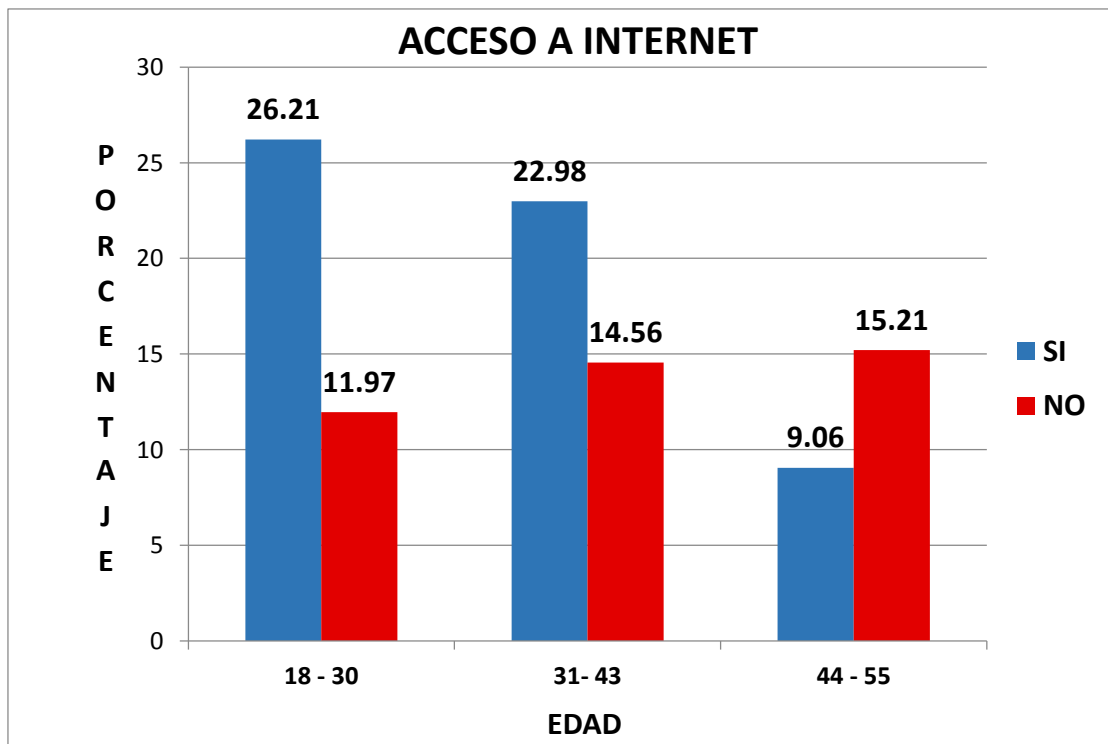
EDAD	SI	%	NO	%
18 - 30	81	26.21	37	11.97
31 - 43	71	22.98	45	14.56
44 - 55	28	9.06	47	15.21
TOTAL	180	58.25	129	41.74

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: En edades de 18 a 30 años el 26.21% si poseen acceso a internet y el 11.97% no, en edad de 31 a 43 años el 22.98% si posee internet y el 14.56% no, en edad de 44 a 55 años el 9.06% si tiene acceso a internet y el 15.21% no.

Interpretación: La mayoría de la población sujeta a estudio si poseen acceso a internet teniendo así una fuente de información, la cual debería ser de gran utilidad para la prevención del cáncer de mama y como realizarse el autoexamen de mamas.

Gráfico N° 5: Acceso a internet



Fuente: Tabla N° 5

Tabla N° 6: Posee redes sociales

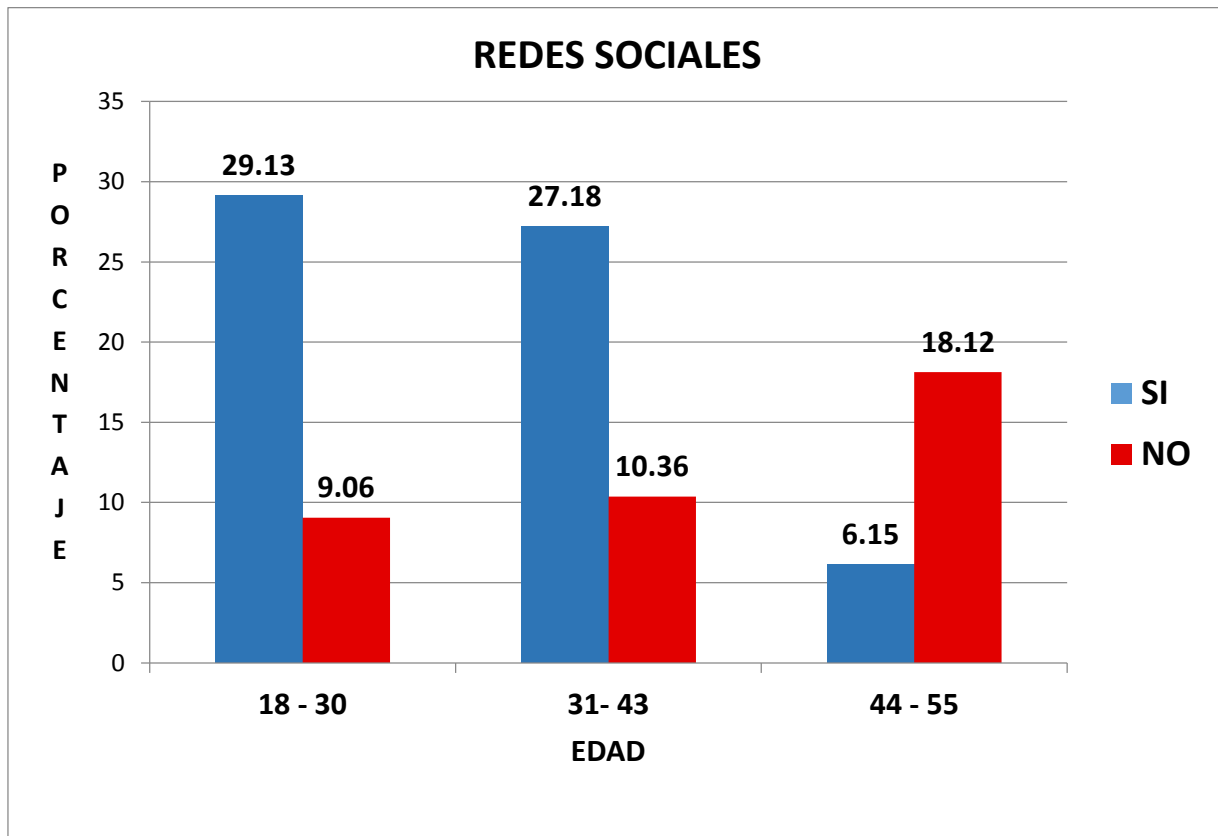
EDAD	SI	%	NO	%
18 - 30	90	29.13	28	9.06
31- 43	84	27.18	32	10.36
44 - 55	19	6.15	56	18.12
TOTAL	193	62.46	116	37.54

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: En las edades entre 18 y 30 años un 29.13% si poseen redes sociales y un 9.06% no, en edad de 31 a 43 años un 27.18% si poseen y un 10.36% no, en edad entre 44 a 55 años un 6.15% si y un 18.12% no poseen redes sociales.

Interpretación: La mayoría de la población sujeta a estudio posee redes sociales, siendo las jóvenes las que en su mayoría tienen redes sociales la cual es una estructura social compuesta por usuarios que están relacionados por algún fin en común, en donde se puede obtener información sobre el cáncer de mama y su prevención.

Gráfico N° 6: Redes sociales



Fuente: Tabla N° 6

¿Con qué frecuencia utiliza las redes sociales y/o internet?

- A. Todos los días
- B. Tres veces por semana
- C. No muy frecuentemente
- D. Nunca

Tabla N° 7: Frecuencia de utilización de redes sociales y/o internet

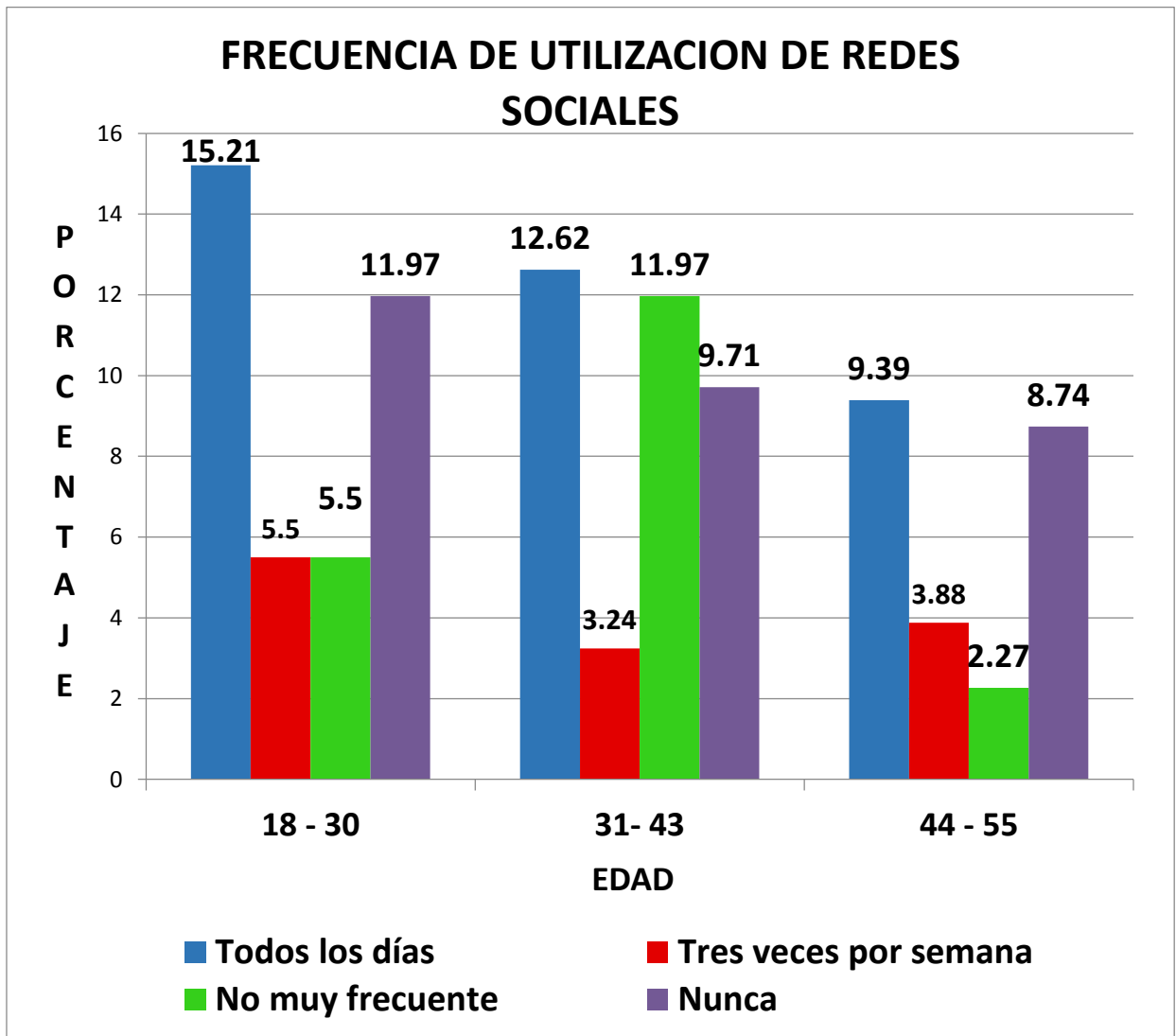
EDAD	A	%	B	%	C	%	D	%
18 - 30	47	15.21	17	5.5	17	5.5	37	11.97
31- 43	39	12.62	10	3.24	37	11.97	30	9.71
44 - 55	29	9.39	12	3.88	7	2.27	27	8.74
TOTAL	115	37.22	39	12.62	61	19.74	94	30.42

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: El 37.22% de las pacientes utiliza las redes sociales y/o internet todos los días, el 12.62% lo utiliza tres veces por semana, el 19.74% lo utiliza no muy frecuente y el 30.42% de las encuestadas nunca.

Interpretación: La mayoría de pacientes utilizan las redes sociales y/o internet todos los días, poniendo en evidencia además que las pacientes que lo hacen son las más jóvenes en edades de 18 a 30 años con posible mayor entendimiento a la tecnología, acceso a ella y por tanto frecuencia de utilización.

Gráfico N° 7: Frecuencia de utilización de redes sociales y/o internet



Fuente: tabla N° 7

¿Qué nivel de escolaridad posee?

- A. Primario
- B. Secundario
- C. Técnico
- D. Bachillerato
- E. Educación universitaria
- F. Ninguna

Tabla N° 8: Nivel de escolaridad que poseen las pacientes

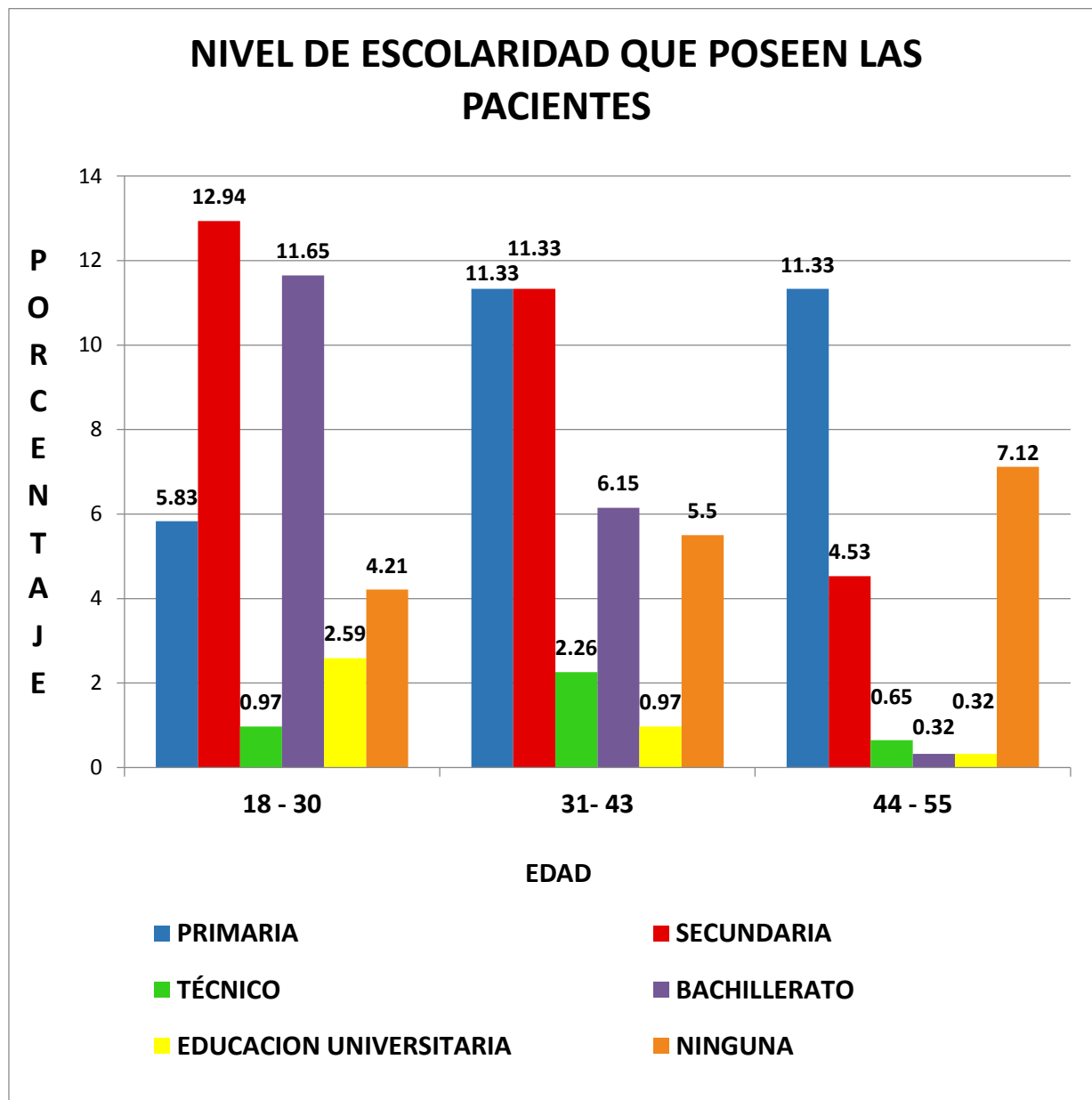
EDAD	A	%	B	%	C	%	D	%	E	%	F	%
18 - 30	18	5.83	40	12.94	3	0.97	36	11.65	8	2.59	13	4.21
31- 43	35	11.33	35	11.33	7	2.26	19	6.15	3	0.97	17	5.5
44 - 55	35	11.33	14	4.53	2	0.65	1	0.32	1	0.32	22	7.12
TOTAL	88	28.49	89	28.8	12	3.88	56	18.12	12	3.88	52	16.83

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: El 28.49% de las pacientes posee un nivel primario de educación, el 28.8% posee un nivel secundario, el 3.88% son técnicas, el 18.12% poseen un bachillerato, el 3.88% un nivel universitario y el 16.83% no poseen un nivel académico.

Interpretación: La mayoría de las pacientes poseen una educación básica, también se observa que a mayor edad las pacientes muestran menor nivel de escolaridad, y a pesar que la mayoría tienen un grado académico, se encuentran en un nivel educativo bajo, mostrándose esto desventajoso para el conocimiento de sobre la realización del autoexamen de mama.

Gráfico N° 8: Nivel de escolaridad que poseen las pacientes



Fuente: Tabla N° 8

Tabla N° 9: Conocimientos que poseen las pacientes sobre el autoexamen de mama

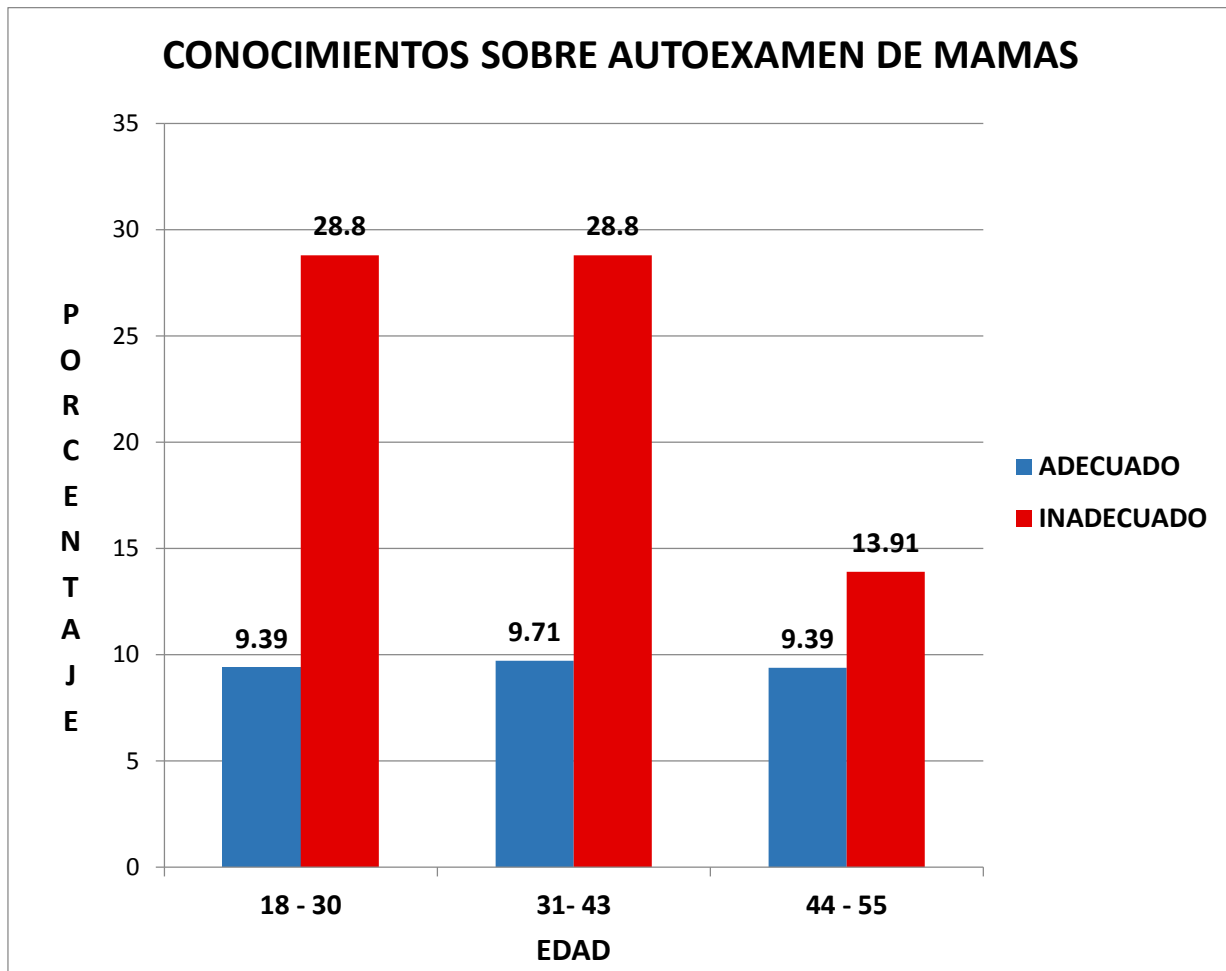
EDAD	ADECUADO		INADECUADO	
	FR	%	FR	%
18 - 30	29	9.39	89	28.8
31- 43	30	9.71	89	28.8
44 - 55	29	9.39	43	13.91
TOTAL	88	28.49	221	71.51

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: En las edades de 18 a 30 años el 9.39% poseen conocimientos adecuados sobre el autoexamen de mamas, el 28.80% poseen conocimientos inadecuados, en edades de 31 a 43 años el 9.71% poseen conocimientos adecuados, el 28.8% posee inadecuados, en edad de 44 a 55 años el 9.39% tienen conocimientos adecuados y el 13.91% conocimientos inadecuados.

Interpretación: La mayoría de la población sujeta a estudio demostró que presenta un conocimiento inadecuado sobre el autoexamen de mama. Al realizar la prueba de T, se obtuvo que no existe una diferencia estadística significativa entre las mujeres que poseen conocimientos adecuados e inadecuados sobre el autoexamen de mamas esté ligado a la edad con una $p < 0.0222$.

Gráfico N° 9: Conocimientos sobre autoexamen de mamas



Fuente: Tabla N° 9

Tabla N° 10: Actitudes sobre el autoexamen de mamas

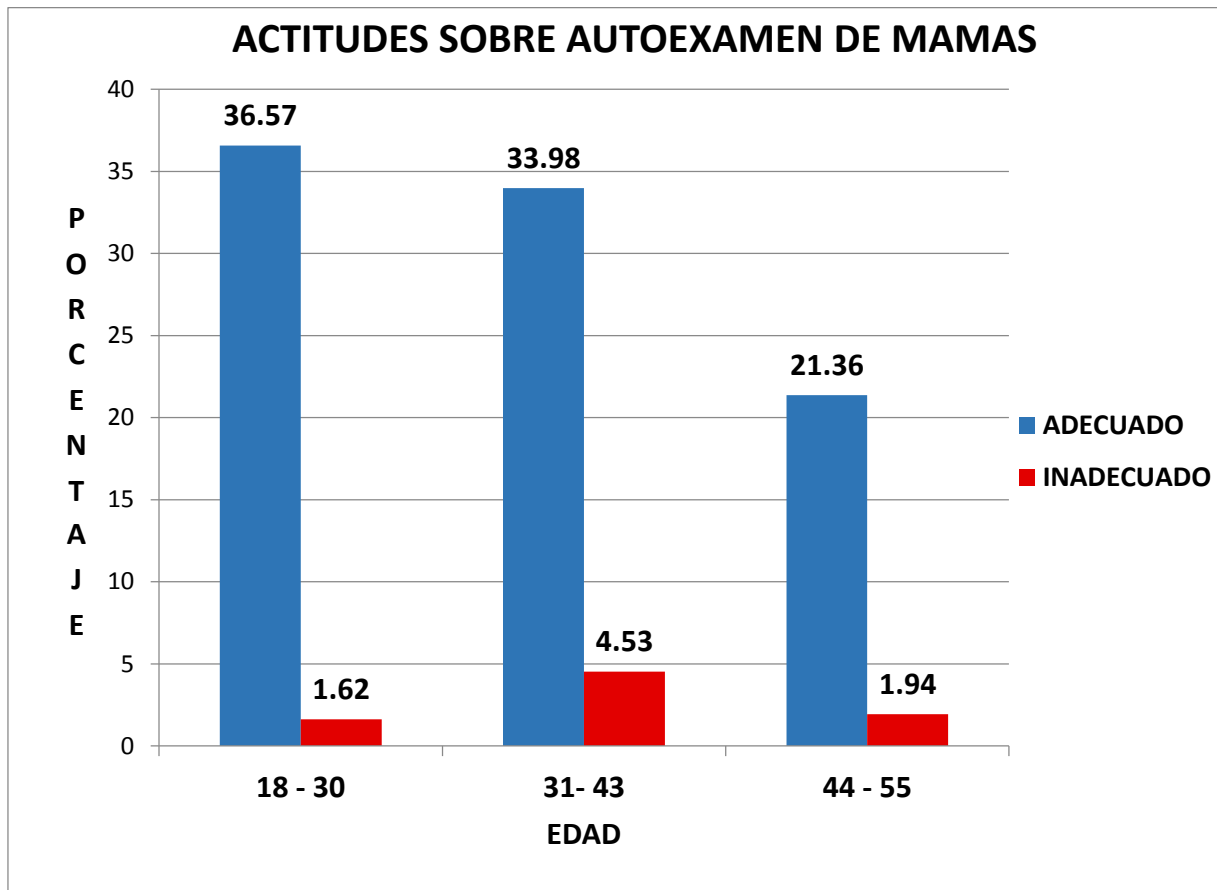
EDAD	ADECUADA		INADECUADA	
	FR	%	FR	%
18 – 30	113	36.57	5	1.62
31- 43	105	33.98	14	4.53
44 – 55	66	21.36	6	1.94
TOTAL	284	91.91	25	8.09

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: En edades de 18 a 30 años el 36.57% poseen actitudes adecuadas ante el autoexamen de mamas y el 1.62% actitudes inadecuadas, en la edad de 31 a 43 años el 33.98% poseen actitudes adecuadas y el 4.53% actitudes inadecuadas, en edad entre 44 a 55 años un 21.36% presentan actitudes adecuadas y un 1.94% actitudes inadecuadas.

Interpretación: La mayoría de las pacientes sujetas a este estudio presentan una actitud adecuada ante el autoexamen de mamas, se observa que a pesar de que las pacientes poseen una actitud adecuada ante el autoexamen de mama no poseen los conocimientos adecuados para poder practicarlo. Al realizar la prueba de T, se determinó que no existe diferencia estadística significativa en que las mujeres que poseen actitudes adecuadas e inadecuadas esté ligada a la edad con una $p < 0.0021$.

Gráfico N° 10: Actitudes sobre autoexamen de mamas



Fuente: Tabla N° 10

Tabla N° 11: Practica sobre el autoexamen de mamas

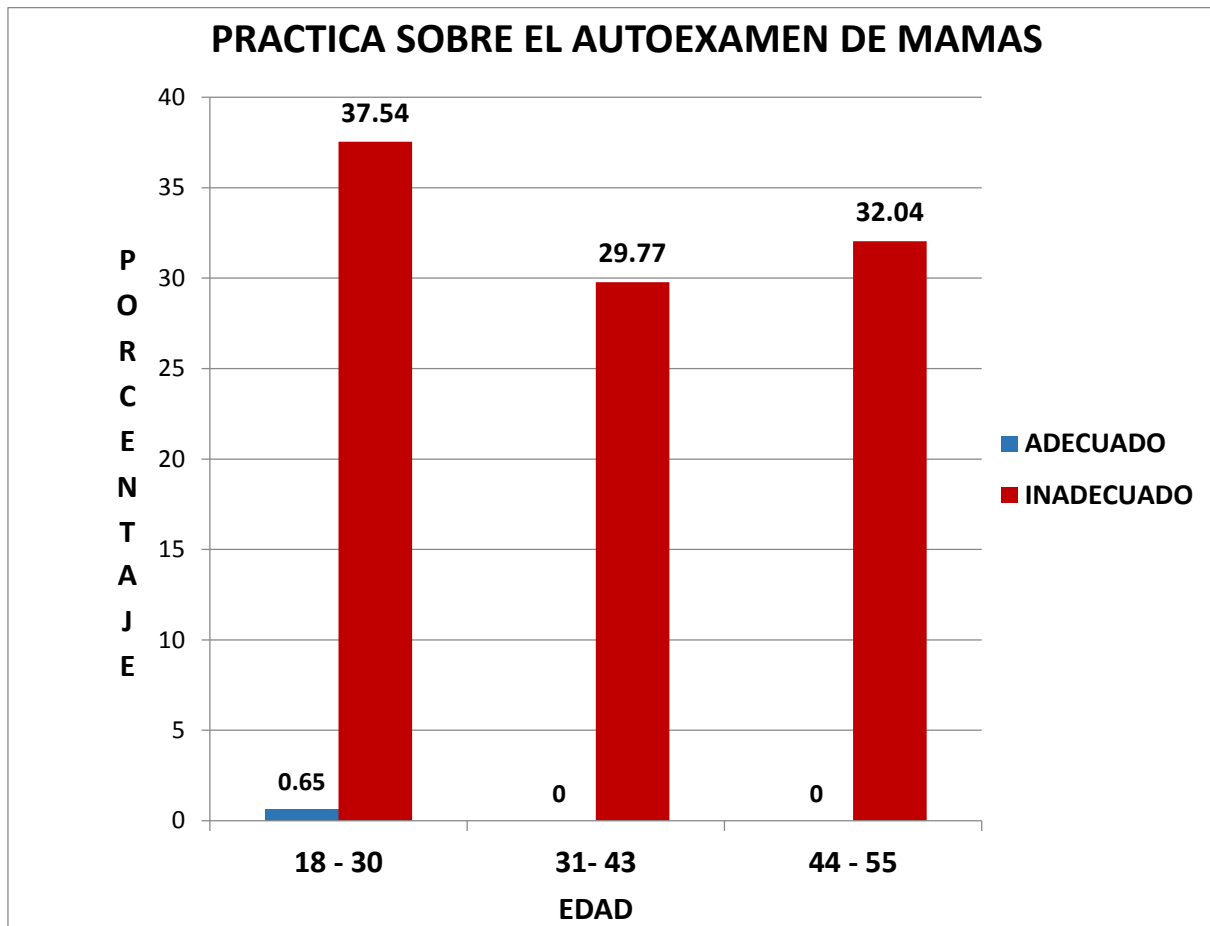
EDAD	ADECUADA		INADECUADA	
	FR	%	FR	%
18 - 30	2	0.65	116	37.54
31- 43	0	0	92	29.77
44 - 55	0	0	99	32.04
TOTAL	2	0.65	307	99.35

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: En las edades de 18 a 30 años el 0.65% presentan prácticas adecuadas y el 37.54% prácticas inadecuadas, el 29.77% en edad entre 31 a 43 años presentan practicas inadecuadas, el 32.04% en edades entre 44 y 55 años realizan una práctica inadecuada.

Interpretación: La mayoría de las pacientes sujetas a estudio poseen una práctica inadecuada del autoexamen de mamas, esto asociado a los pocos conocimientos, inadecuados o nulos que poseen sobre el tema, y que a pesar que algunas de las pacientes se realizaban el autoexamen de mamas lo hacían de una manera errónea. Al realizar la prueba de t, se determinó que existe una diferencia estadística significativa entre las mujeres que presentan practicas inadecuadas esté relacionada con la edad con una $p < 7.1303$. Hecho que demuestra que las pacientes con mayor edad han ido comprendiendo la importancia de realizar el autoexamen mamario, aunque, no poseen los conocimientos y prácticas adecuados para ello.

Gráfica N° 11: Practica sobre el autoexamen de mamas



Fuente: Tabla N° 11

Tabla N° 12: ¿Conoce cómo se realiza el autoexamen de mamas?

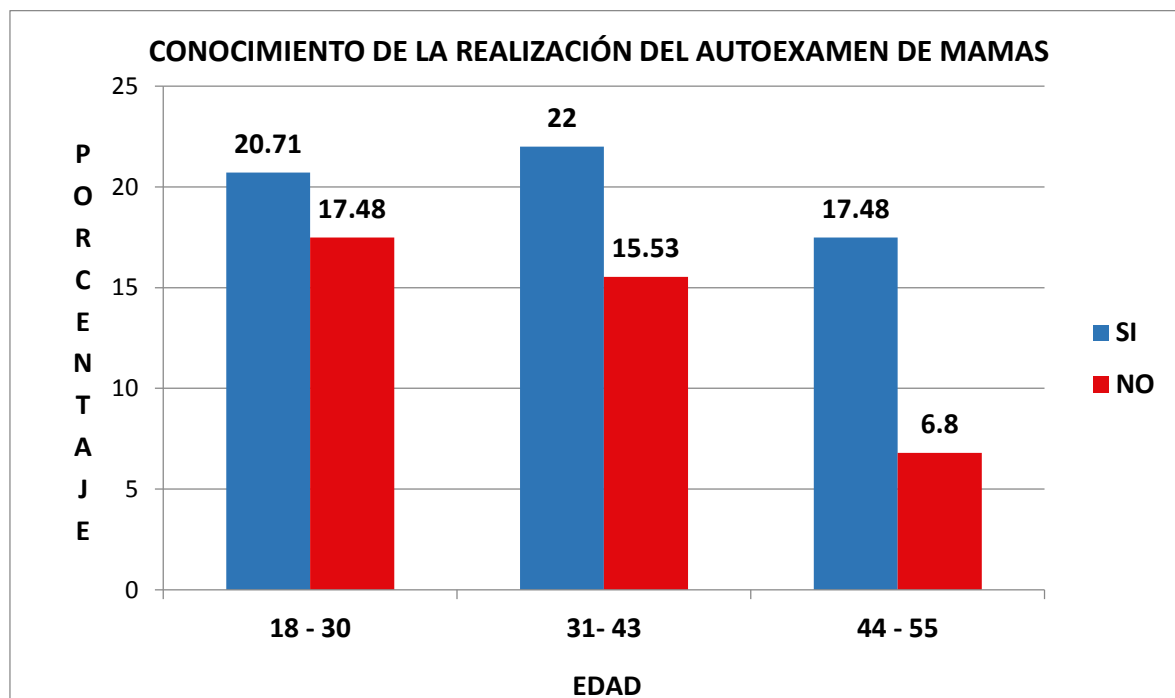
EDAD	SI	%	NO	%
18 - 30	64	20.71	54	17.48
31- 43	68	22	48	15.53
44 - 55	54	17.48	21	6.8
TOTAL	186	60.19	123	39.81

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: En la edad de 18 a 30 años un 20.71% sí conocen como se realiza el autoexamen de mamas y el 17.48% no, en la edad de 31 a 43 años el 22% sí conocen como realizarlo y el 15.53% no, en la edad de 44 a 55 años el 17.48% contestó que sí y un 6.8% respondió que no.

Interpretación: La mayoría de las pacientes encuestadas conocen como se realiza el autoexamen de mamas, pero a pesar de esto no poseen los conocimientos adecuados para una correcta autoevaluación.

Gráfico N° 12: Conocimiento de la realización del autoexamen de mamas



Fuente: Tabla N° 12

Al detectarse usted un nódulo (masa) en los pechos considera que estos son:

- A. Benignos
- B. Malignos
- C. No sabe

Tabla N° 13: Los nódulos en las mamas son:

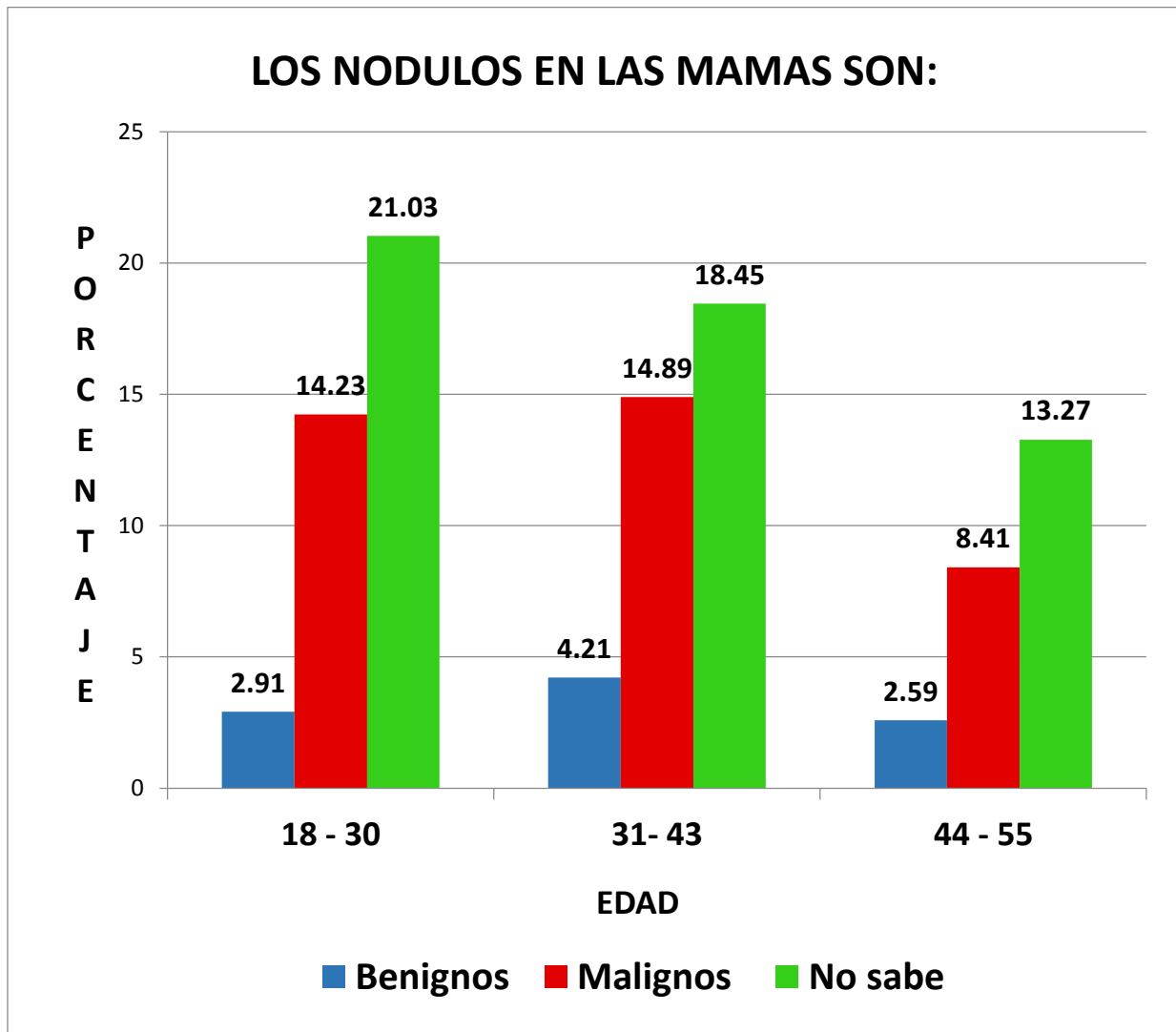
EDAD	A	%	B	%	C	%
18 - 30	9	2.91	44	14.23	65	21.03
31- 43	13	4.21	46	14.89	57	18.45
44 - 55	8	2.59	26	8.41	41	13.27
TOTAL	30	9.71	116	37.53	163	52.75

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: El 9.71% de las encuestadas consideran que los nódulos son benignos, el 37.53% manifiestan que los nódulos son malignos y el 52.75% no saben.

Interpretación: La mayoría de las mujeres no saben si un nódulo en la mama es benigno o maligno, mostrando así el poco conocimiento que presentan sobre las patologías mamarias y como identificarlas.

Gráfico N° 13: Los nódulos en las mamas son



Fuente: Tabla N° 13

¿Cuál es su fuente de información para la prevención de cáncer de mamas?

- A. Hojas volantes
- B. Charlas en unidad de salud
- C. Durante consulta con médico
- D. Internet/radio/televisión
- E. Amigo y/o conocido

Tabla N° 14: Fuente de información para la prevención de cáncer de mamas.

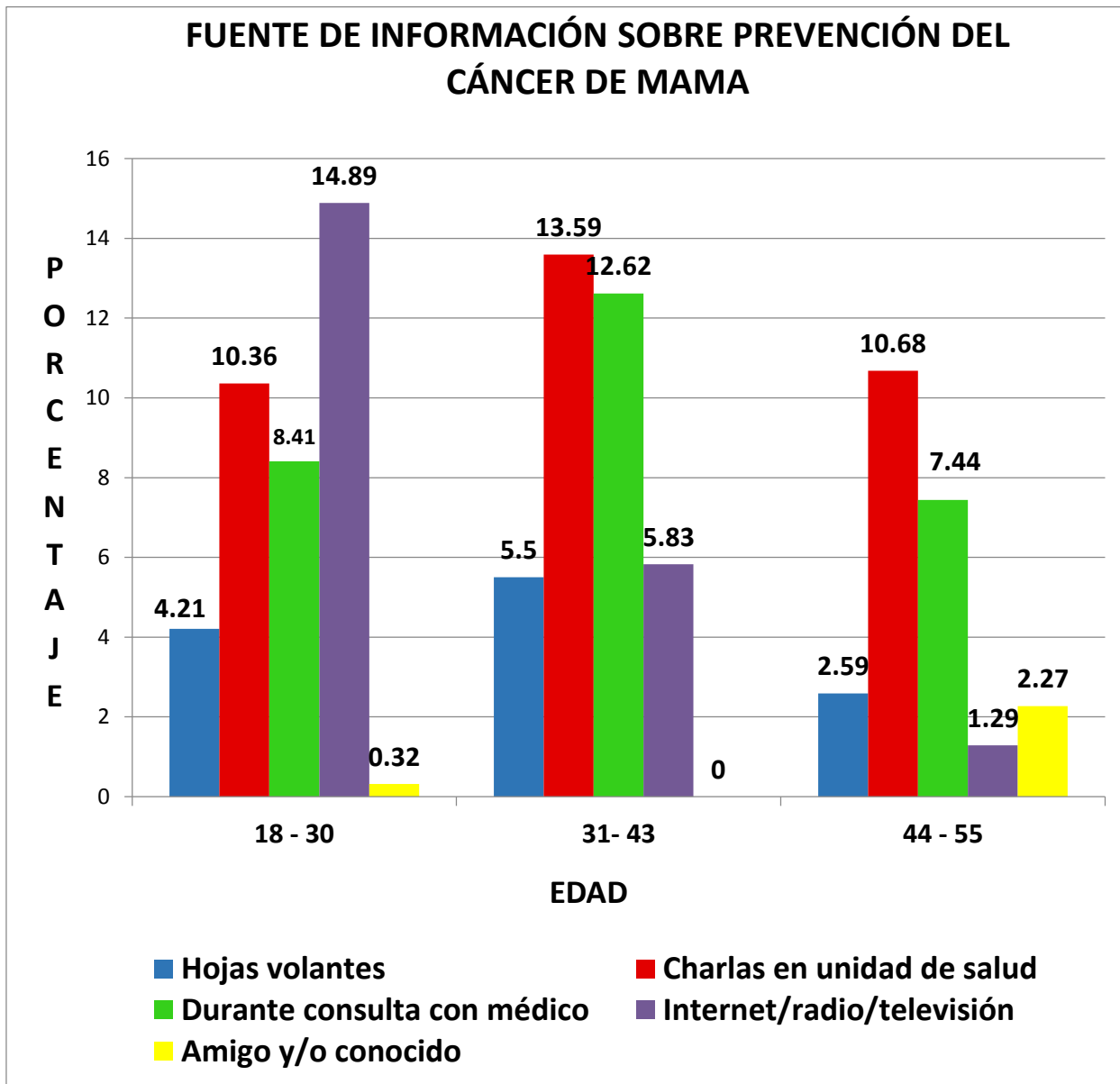
EDAD	A	%	B	%	C	%	D	%	E	%
18 - 30	13	4.21	32	10.36	26	8.41	46	14.89	1	0.32
31- 43	17	5.5	42	13.59	39	12.62	18	5.83	0	0
44 - 55	8	2.59	33	10.68	23	7.44	4	1.29	7	2.27
TOTAL	38	12.3	107	34.63	88	28.47	68	22.01	8	2.59

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: El 12.3% obtuvieron la información por hojas volantes, el 34.63% por medio de charlas en la unidad de salud, el 28.47% durante la consulta con el médico, el 22.01% por internet/radio/televisión y el 2.59% por medio de un amigo y/o conocido.

Interpretación: En la mayoría de la población encuestada su fuente de información para la prevención de cáncer de mamas fue por charlas en unidad de salud, mostrando que a pesar de utilizar internet/redes sociales todos los días no es empleado para informarse respecto a la prevención del cáncer, y son utilizadas para otros fines.

Gráfico N° 14: Fuente de información sobre prevención del cáncer de mama.



Fuente: Tabla N° 14

¿Por qué no se realiza el examen de mamas?

- A. No es necesario
- B. No sé cómo hacerlo
- C. Miedo a encontrar algo anormal

Tabla N° 15: Razón por la que no se realiza el autoexamen de mamas

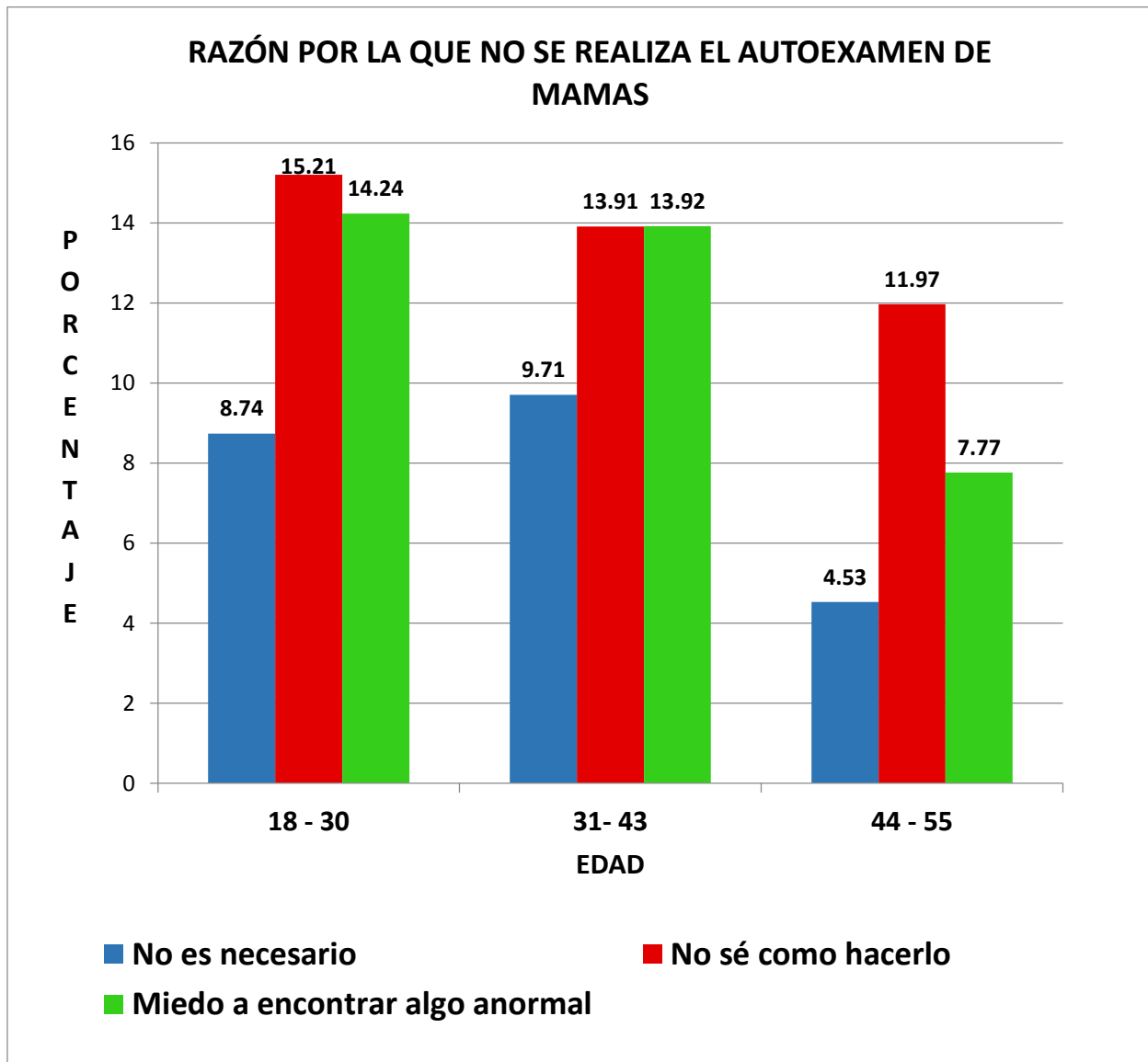
EDAD	A	%	B	%	C	%
18 - 30	27	8.74	47	15.21	44	14.24
31- 43	30	9.71	43	13.91	43	13.92
44 - 55	14	4.53	37	11.97	24	7.77
TOTAL	71	22.98	127	41.09	111	35.93

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: El 22.98% de la población no se realiza el autoexamen de mamas por qué no consideran que sea necesario, el 41.09% por no saber cómo hacerlo y el 35.93% no se lo realiza por miedo a encontrar algo.

Interpretación: Dentro de las razones que inciden en la no realización del autoexamen de mamas la mayoría de la población encuestada no sabe cómo hacerlo, recalcando esto al poco conocimiento que poseen de la importancia de su realización.

Gráfico N° 15: Razón por la que no se realiza el autoexamen de mamas.



Fuente: Tabla N° 15

Según su religión ¿cómo ve la realización del autoexamen de mamas?

- A. Muy importante
- B. Importante
- C. Poco importante
- D. Nada importante
- E. Me es indiferente.

Tabla N° 16: La realización del autoexamen de mamas según religión.

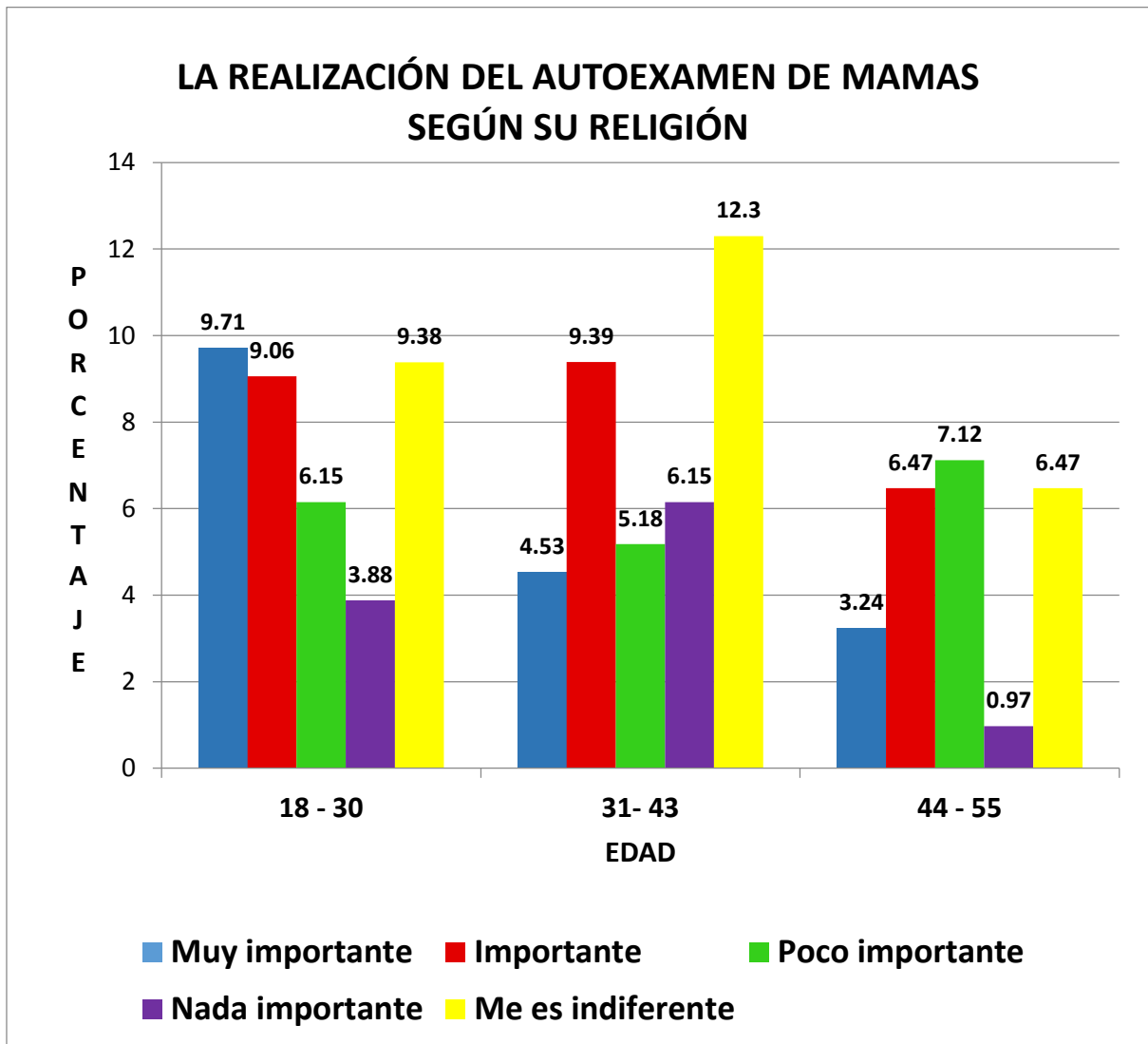
EDAD	A	%	B	%	C	%	D	%	E	%
18 - 30	30	9.71	28	9.06	19	6.15	12	3.88	29	9.38
31- 43	14	4.53	29	9.39	16	5.18	19	6.15	38	12.3
44 - 55	10	3.24	20	6.47	22	7.12	3	0.97	20	6.47
TOTAL	54	17.48	77	24.92	57	18.45	34	11	87	28.15

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: El 17.48% de la población encuestada refiere que su religión ve muy importante la realización del autoexamen de mamas, el 24.92% importante, el 18.45% poco importante, el 11% que nada importante y el 28.15% le es indiferente.

Interpretación: A la mayoría de las encuestadas le es indiferente como ve su religión el autoexamen de mamas, notando que al no tener la información adecuada sobre el cáncer mama le es indiferente a la población la importancia que tiene auto examinarse como la promoción de su realización.

Gráfico N° 16: La realización del autoexamen de mamas según su religión



Fuente: Tabla N° 16

Tabla N° 17: Su religión promueve el autoexamen de mamas.

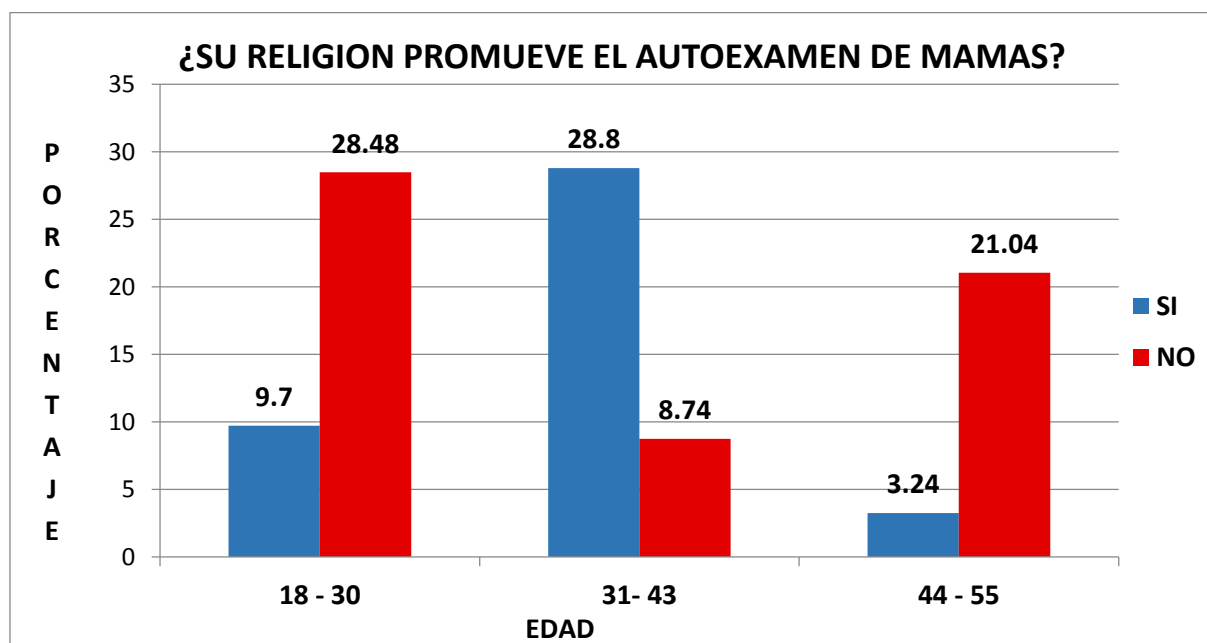
EDAD	SI	%	NO	%
18 - 30	30	9.7	88	28.48
31- 43	89	28.8	27	8.74
44 - 55	10	3.24	65	21.04
TOTAL	129	41.74	180	58.26

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: En edad entre 18 a 30 años en un 9.7% su religión si promueve el autoexamen de mamas, un 28.48% no, en las edades de 31 a 43 años sí lo promueven en un 28.8% y no en un 8.74%, en edad de 44 a 55 años un 3.24% si lo promueven y el 21.04% que no.

Interpretación: A la mayoría de la población encuestada su religión no promueve el autoexamen de mamas, siendo este un factor social negativo ya que se limitan los conocimientos que pueden ser transmitidos en las iglesias en cuanto a la prevención del cáncer de mama.

Gráfico N° 17: Su religión promueve el autoexamen de mamas



Fuente: Tabla N° 17

Tabla N° 18: ¿Practica el autoexamen de mamas?

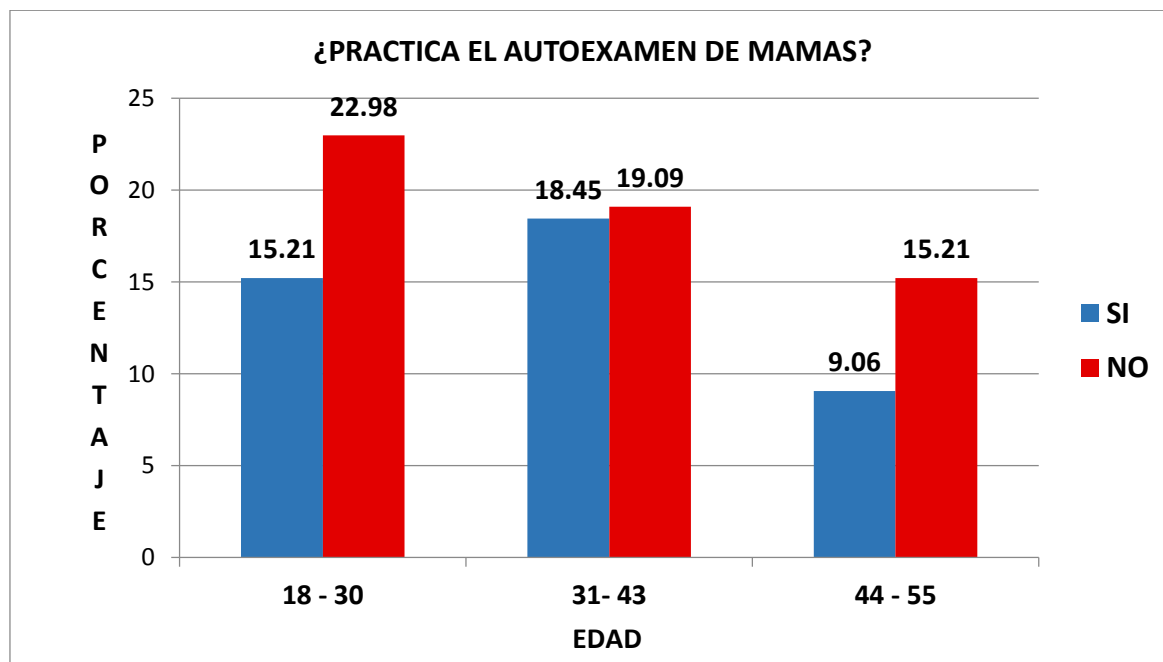
EDAD	SI	%	NO	%
18 - 30	47	15.21	71	22.98
31- 43	57	18.45	59	19.09
44 - 55	28	9.06	47	15.21
TOTAL	132	42.72	177	57.28

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: En edad entre 18 y 30 años un 15.21% practica el autoexamen de mamas y un 22.98% no, en edades de 31 a 43 años un 18.45% si lo practica y un 19.09% no, en edad entre 44 a 55 años el 9.06% si lo practica y el 15.21% no.

Interpretación: La mayoría de las pacientes no practican el autoexamen de mamas, demostrando que, aunque su postura ante el autoexamen sea adecuada su práctica se ve limitada por los escasos conocimientos que poseen sobre la realización correcta de la técnica.

Gráfico N° 18: ¿Practica el autoexamen de mamas?



Fuente: Tabla N° 19

Si usted practica el autoexamen de mama con qué frecuencia lo realiza:

- A. Diario
- B. Semanal
- C. Mensual
- D. Anual
- E. Nunca

Tabla N° 19: Frecuencia en que se realiza el autoexamen de mamas.

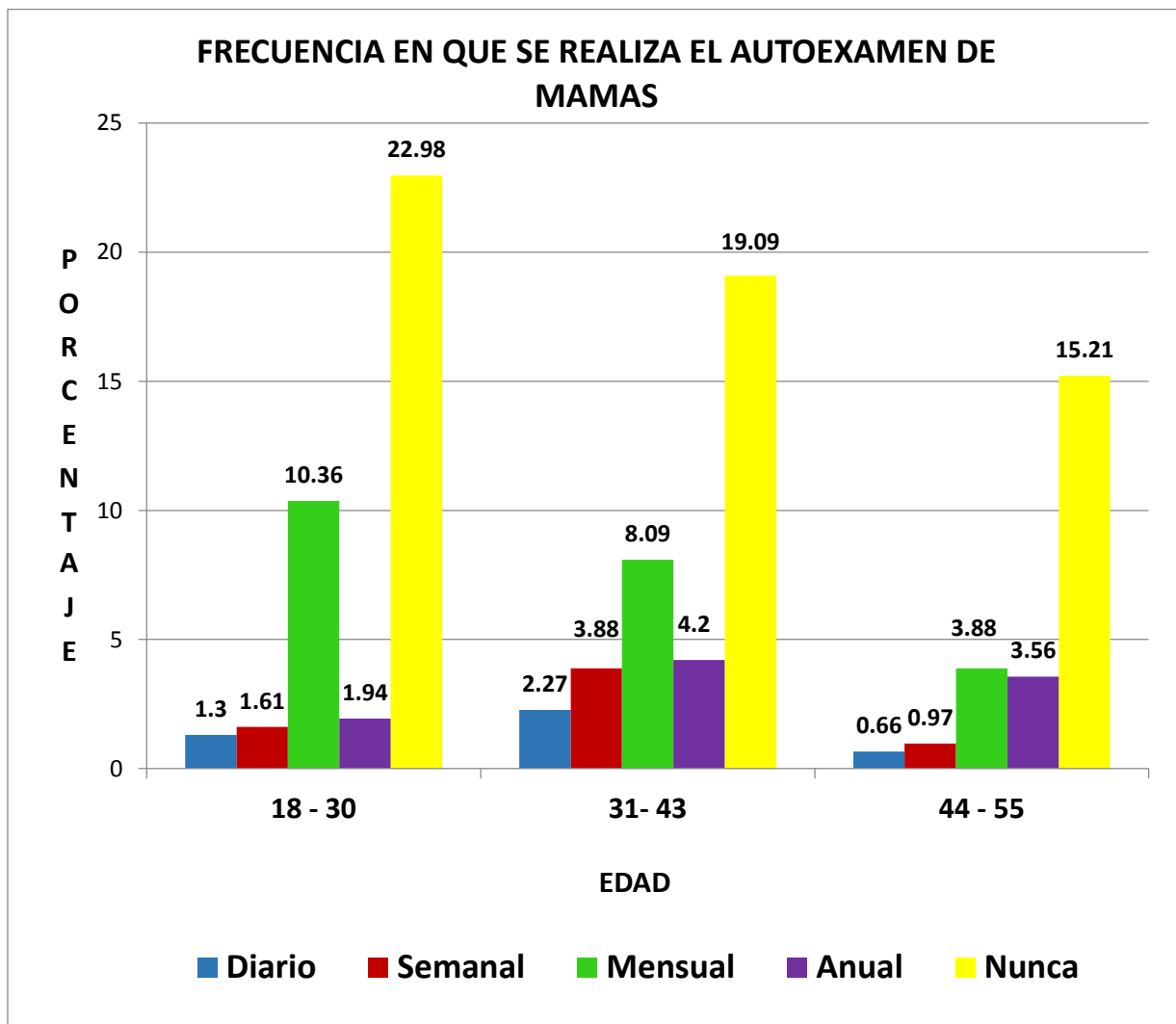
EDAD	A	%	B	%	C	%	D	%	E	%
18 - 30	4	1.3	5	1.61	32	10.36	6	1.94	71	22.98
31- 43	7	2.27	12	3.88	25	8.09	13	4.2	59	19.09
44 - 55	2	0.66	3	0.97	12	3.88	11	3.56	47	15.21
TOTAL	13	4.23	20	6.46	69	22.33	30	9.7	177	57.28

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: De las pacientes que se realizan el autoexamen de mamas el 4.23% practica el autoexamen de mamas a diario, el 6.46% semanal, el 22.33% mensual, el 9.7% anual.

Interpretación: la mayoría de las pacientes se realizan el autoexamen de mamas lo hacen de forma mensual.

Gráfico N° 19: Frecuencia en que se realiza el autoexamen de mamas



Fuente: Tabla N° 19

¿En qué momento del mes se realiza el autoexamen de mama?

- A. Antes de la menstruación
- B. Después de la menstruación
- C. No tiene cuenta en el mes
- D. No aplica

Tabla N° 20: Momento del mes en que se realiza el autoexamen de mamas

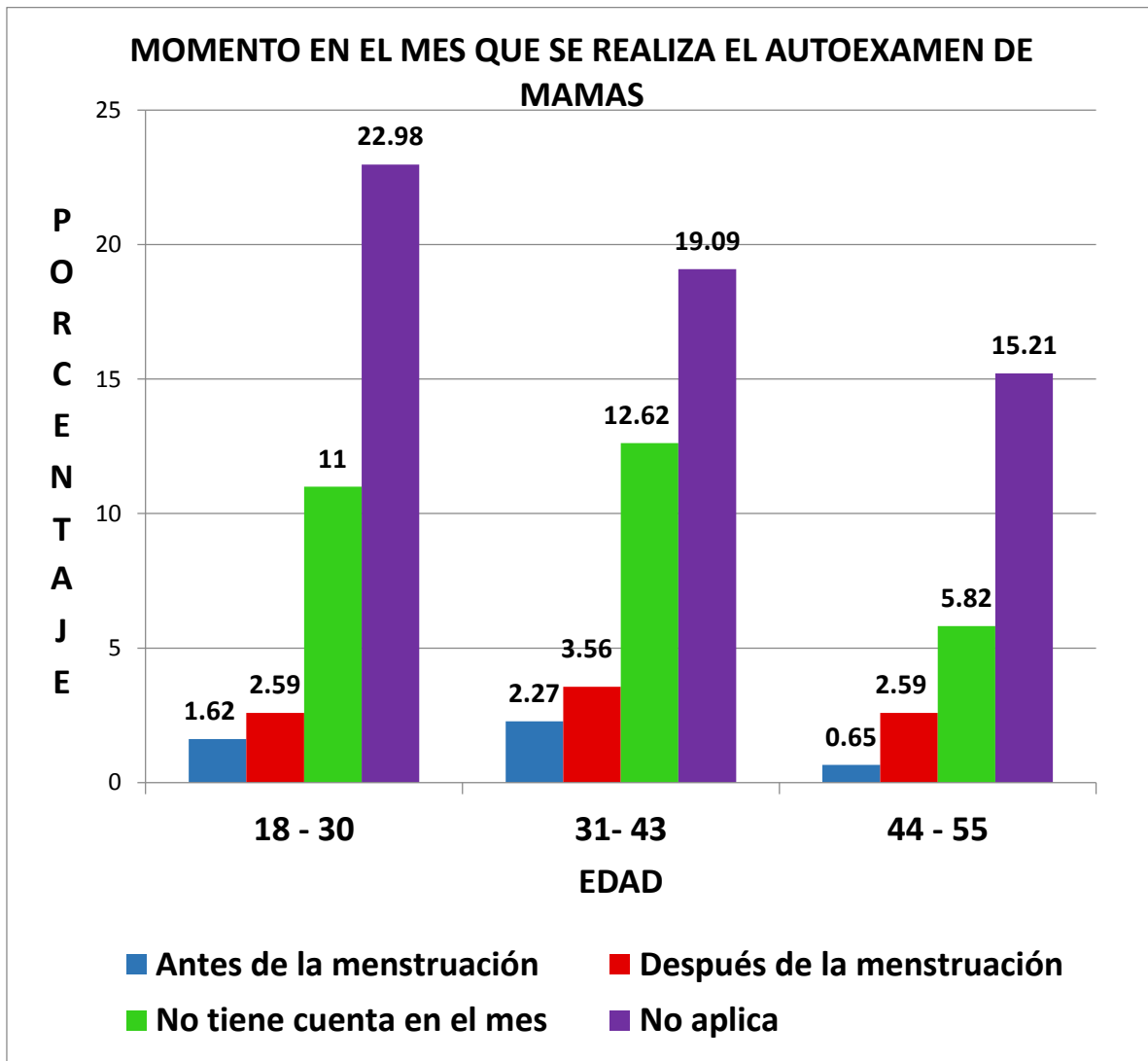
EDAD	A	%	B	%	C	%	D	%
18 - 30	5	1.62	8	2.59	34	11	71	22.98
31- 43	7	2.27	11	3.56	39	12.62	59	19.09
44 - 55	2	0.65	8	2.59	18	5.82	47	15.21
TOTAL	14	4.54	27	8.74	91	29.44	177	57.28

Fuente: Entrevista dirigida a población sujeta de estudio

Análisis: El 4.54% de las pacientes que se realiza el autoexamen de mama lo hace antes de la menstruación, el 8.74% después de la menstruación y el 29.44% no tiene cuenta en el mes.

Interpretación: De las pacientes que practican el autoexamen de mamas la mayoría no tiene cuenta en el mes y menor proporción lo realizan antes o después de la menstruación.

Gráfico N° 20: Momento en el mes que se realiza el autoexamen de mamas.



Fuente: Tabla N° 20

CAPITULO VI: DISCUSIÓN

Esta investigación mostró que la mayoría de la población sujeta a estudio equivalente a un 71.51% poseen conocimientos inadecuados sobre el autoexamen de mama mientras que el 28.49% posee conocimientos adecuados; datos similar arrojó un estudio realizado en Tegucigalpa, Honduras en el año 2,017 sobre el conocimiento de la detección temprana de cáncer en mujeres de 21 a 50 años donde el 64% poseían conocimientos sobre el autoexamen de mamas y el 26% no poseían conocimientos , un poco más alejado de este porcentaje se encuentra el estudio realizado en San Luis del Pinar del Rio, Cuba, donde reveló que el 55% de las encuestadas no tenían conocimiento sobre la técnica del autoexamen de la mama mientras que un 45% sí (12). Además el estudio refleja que la fuente de información que estas pacientes poseen fue durante charlas en unidades de salud en un 34.63% seguidas de las consultas con sus médicos en un 28.47% difiriendo del estudio de Tegucigalpa antes mencionado donde la información la obtuvieron por medio de médicos en un 78% Se encuentra en este estudio que un 22.01% obtuvo la información sobre la prevención del cáncer de internet, radio y televisión destacando que a pesar que los medios de comunicación masivos cumplen un papel fundamental como una estrategia de sensibilización ante el tema no existe realmente una asociación entre el componente educativo que se brinda por estos medios y los conocimientos que poseen las pacientes sujetas a estudio (13) .

En cuanto a la actitud de las encuestadas sobre el autoexamen de mama revela que el 91.91% posee una actitud adecuada y un 8.09% actitud inadecuada discrepando de una investigación de Tegucigalpa el cual refleja que las encuestadas el 68% tiene buena actitud y el resto equivalente a un 32% presenta actitud inadecuada.

La práctica del autoexamen de mama es inadecuada en un 99.35% de las encuestadas mientras que el 0.65% presenta prácticas adecuadas; mostrando que solo el 42.72% de las pacientes practica el autoexamen de mama y un 57.28% no lo realiza; un estudio peruano en el año 2008 mostro que solo una tercera parte de las mujeres en un estudio entre 20 y 49 años practicaban el autoexamen de mama con un 34.6% (14) . Otro estudio realizado en Tunja, Colombia reveló que solo un 28% practicaba autoexamen

de mama y el estudio más cercano al nuestro es en Ceará, Brasil con un porcentaje de 55% de pacientes que practican el autoexamen de mama. Cabe destacar que las pacientes que practican el autoexamen de mama en este estudio refirieron que se lo realizan mensualmente con porcentaje de un 22.33% similar a un estudio de Colombia, Cerquera que refleja que el 18% practican mensualmente el examen; defiriendo del estudio de Ceará, Brasil quienes el 52% se realiza mensualmente la autoexploración. En relación al momento en que se debe realizar el autoexamen de mama el 29.44% refirió no tener cuenta en el mes seguidos de un 8.74% que lo realiza después de la menstruación (15).

Estos resultados corroboran la afirmación de que existe la necesidad cada vez mayor, de fortalecer los programas de salud dirigidos a la mujer en lo que se refiere al conocimiento de su cuerpo principalmente al autoexamen de mama, creando también condiciones para el redireccionamiento de una práctica profesional más humana en el sentido de la forma de enseñar y asistir a la mujer de parte del profesional de salud. Y así hacer que la práctica del autoexamen de mama consiga alcanzar su objetivo de detección precoz del cáncer de mama.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

1. El 71.51% de los pacientes sujetos de estudio presentan conocimientos inadecuados seguido del 28.49% un conocimiento adecuado sobre el autoexamen de mamas.
2. Al realizar la prueba de t, se obtuvo que no existe una diferencia estadística significativa entre las mujeres que poseen conocimientos adecuados e inadecuados sobre el autoexamen de mamas esté ligado a la edad con una $p < 0.0222$.
3. El 91.91% de las pacientes presentan una actitud adecuada y el 8.09% presentan actitudes inadecuadas ante el examen de mamas.
4. Al realizar la prueba de t, se determinó que no existe diferencia estadística significativa en que las mujeres que poseen actitudes adecuadas e inadecuadas esté ligada a la edad con una $p < 0.0021$,
5. El 99.35% realizan prácticas inadecuadas del autoexamen de mamas y que solo el 0.65% de las pacientes muestran una práctica adecuada.
6. Al realizar la prueba de t, se determinó que existe una diferencia estadística significativa en el que las mujeres que presentan practicas adecuadas o inadecuadas se encuentra relacionada con la edad con una $p < 7.1303$.
7. La caracterización sociodemográfica de la población sujeta de estudio es femenina, de 18 a 30 años de edad principalmente, de procedencia urbana en el 53.72%, de religión protestante en un 54.05%, con un estado civil acompañadas en un 44.65%, con nivel escolar básico en un 28.8% y quienes poseen acceso a internet/redes sociales en un 58.25%.
8. El 60.19% conoce como se realiza el autoexamen de mamas y un 39.81% no.

9. El 41.09% no se realiza el autoexamen de mamas por desconocer cómo se efectúa de manera adecuada, el 35.93% tienen miedo a encontrar algo anormal y el 22.98% no considera necesario realizárselo.
10. El 9.71% de las encuestadas consideran que los nódulos son benignos, el 37.53% manifiestan que los nódulos son malignos y el 52.75% no saben.
11. El 57.28% no practica el autoexamen de mamas, el 42.72% si lo practica.
12. De las pacientes que se realizan el autoexamen de mamas el 4.23% practica el autoexamen de mamas a diario, el 6.46% semanal, el 22.33% mensual, el 9.7% anual.
13. El 4.54% de las pacientes que se realiza el autoexamen de mama lo hace antes de la menstruación, el 8.74% después de la menstruación y el 29.44% no tiene cuenta en el mes.
14. El 58.25% poseen acceso a internet, el 41.74% no.
15. El 62.46% poseen redes sociales y el 37.54% no.
16. El 37.22% utiliza el internet/redes sociales todos los días, el 30.42% nunca, el 19.74% no muy frecuente y el 12.62% tres veces por semana.
17. El 12.3% obtuvieron la información por hojas volantes, el 34.63% por medio de charlas en la unidad de salud, el 28.47% durante la consulta con el médico, el 22.01% por internet/radio/televisión y el 2.59% por medio de un amigo y/o conocido.

18. El 17.48% de la población encuestada refiere que su religión ve muy importante la realización del autoexamen de mamas, el 24.92% importante, el 18.45% poco importante, el 11% que nada importante y el 28.15% le es indiferente.

19. Del 58.26% de la población su religión no promueve el autoexamen de mamas y el 41.74% sí.

CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

- Implementar métodos de promoción sobre el autoexamen de mamas mediante medios de comunicación e internet, mostrándole a la población como prevenir el cáncer de mamas y la correcta realización del autoexamen de mamas.
- Impulsar junto a otros organismos no gubernamentales, campañas educativas a la población, así como campañas ginecológicas que ayuden a la población femenina a estar más informada sobre patologías mamarias y poder influir en la detección temprana del cáncer de mama.
- Revisión y aplicación correcta de las normativas, a través de un sistema de monitoreo y supervisión que asegure el cumplimiento de los lineamientos de prevención y control del cáncer de mama.
- Que se refuerce el aspecto educacional al personal de salud para una verdadera promoción y así contar con una herramienta más para la divulgación del Autoexamen de mama.

Unidades Comunitarias de Salud Familiar:

- Que el personal de salud internamente realice charlas educacionales sobre el cáncer de mama y su prevención.
- Que se les realice a las pacientes y al personal de salud femenino el examen físico de las mamas en el consultorio del médico una vez al año como medio para la detección precoz de enfermedades de la glándula mamaria.
- Realizar talleres de práctica de la técnica correcta del autoexamen de mamas impartidos por el personal de salud.
- Todos los médicos deben ser divulgadores de la técnica correcta del autoexamen de mamas, cuándo y cómo realizarla para lograr disminuir considerablemente la morbimortalidad por cáncer de mamas en su comunidad.

A las mujeres:

- Realizar el autoexamen de mamas de forma periódica cada mes diez días antes o después de la menstruación pues esto garantiza un diagnóstico precoz de muchas patologías mamarias.
- Consultar de inmediato a su médico al sentir alguna anormalidad en las mamas.
- Concientizar sobre la importancia de realizar el autoexamen de mamas y de transmitir esta información con las mujeres a su alrededor.

A La Universidad De El Salvador:

- Por medio de los docentes que laboran en la facultad de medicina fortalecer los conocimientos desde el área básica universitaria mediante estrategias motivacionales con la finalidad de fomentar una práctica adecuada y constante del autoexamen de mamas.

A los estudiantes de medicina:

- En sus diferentes áreas de estudio ser agentes reproductores de la información acerca del Autoexamen de mamas.

A las iglesias:

- Promover el Autoexamen de mamas como una medida de prevención para el Cáncer de mamas y no sea visto como algo pecaminoso.

CAPITULO IX: BIBLIOGRAFÍA

1. Espinosa DMG. Cocimientos Sobre Autoexamen de mama en mujeres de 30 años y mas. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2015; 2.
2. Peñate S. Promedio anual de cancer de mama. EL Salvador/ Social. 2018 Octubre; 2.
3. Muñoz OT. Autoexploracion mamaria en el cancer de mama. 2017 diciembre; 20.
4. Moore KL. Moore Anatomia con orientacion clinica. 7th ed. Williams L, editor.: C&C Offset Printing Co. Ltd ; 2013.
5. Salud Md. Lineamientos tecnicos para la atencion integral de niños y niñas menores de diez años. 2018 Junio; 1(1).
6. Henry NL. Cancer.Net. [Online].; 2018 [cited 2019 2 lunes. Available from: <https://www.cancer.net/cancer-types/breast-cancer/statistics>.
7. Velásquez DAN. Lineamientos tecnicos para la prevrncion y control de cancer cervico uterino y de mama. 2015 Enero; 1.
8. Velásquez DAN. Lineamientos trcnicos para la prevencion y control de cancder cervico uterino y de mama. 2015 Enero; 1(1).
9. Laclette DML. Compedio de patologia mamaria. 2012 Enero; 1(1).
10. Chanbner BA. Harrison Manual de Oncologia. In. Mexico; 201. p. 533.
11. Mauricio Cuello F. Ginecologia General y Salud de la Mujer. In. Chile: Univesidad Catolica de Chile; 2017. p. 818.
12. Costales LIH. Exploracion sobre el autoexamen de mamario. 2002 Noviembre; 1.
13. Javier Martinez Torrez CEP. Barreras asociadas a la realizacion del autoexamen de seno en mujeres de 18-50 años de edad. 2015 enero; 2.
14. Torres JM. Barreras asociadas a la realizacion del autoexamen de seno en mujeres de 18 a 50 años de edad. 2015 enero; 2.
15. Larco RMC. Nivel de conocimientos y frecuencia de autoexamen de mama en los alumnos de la carrera de medicina. 2015 enero; 1.
16. Abril FGM. Factores asociados a la practica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja Colombia. 2012 Abril; 30(1).

LISTA DE FIGURAS

Figura N° 1: Anatomía de la mama

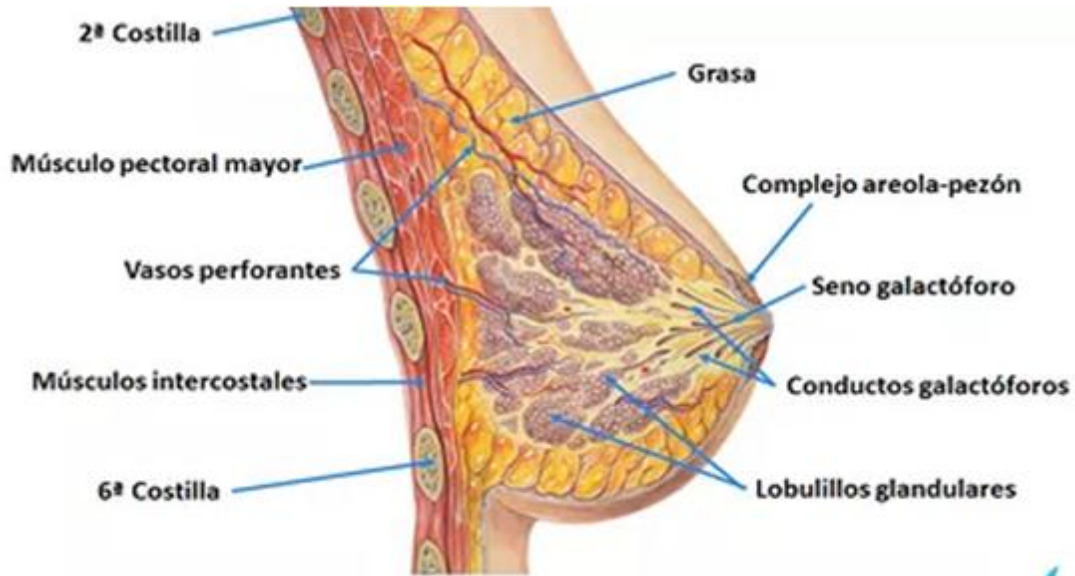


Figura N° 2: Irrigación y drenaje venoso de la mama

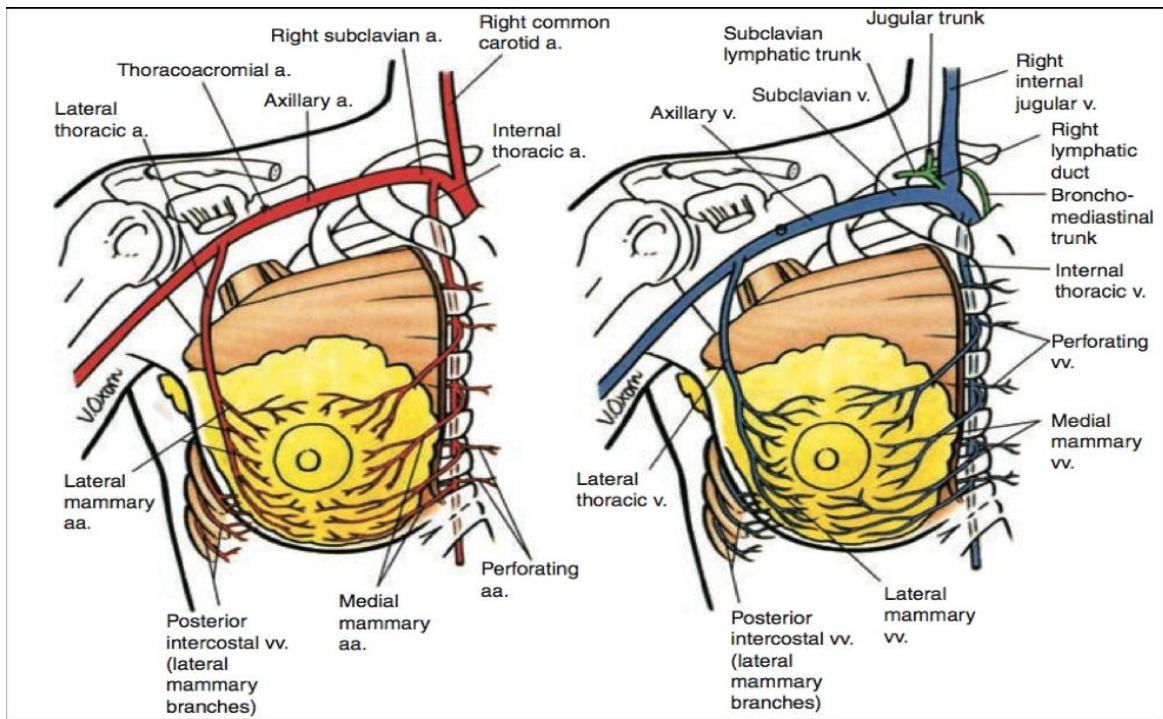


Figura N° 3: Drenaje linfático de la mama

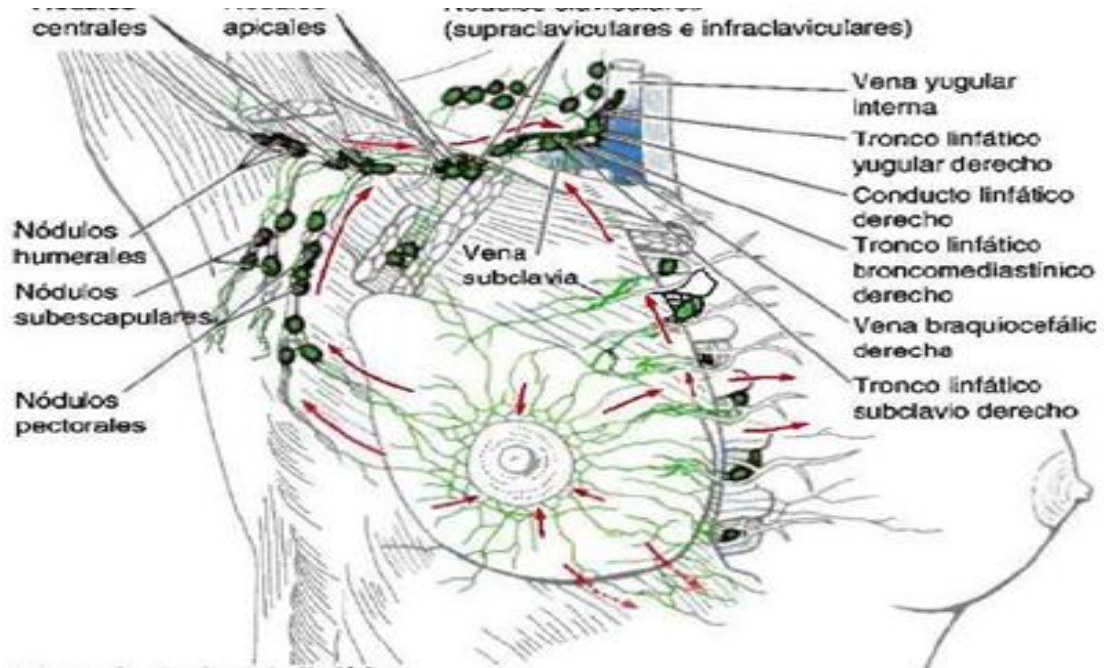


Figura N° 4: Inervación de la mama

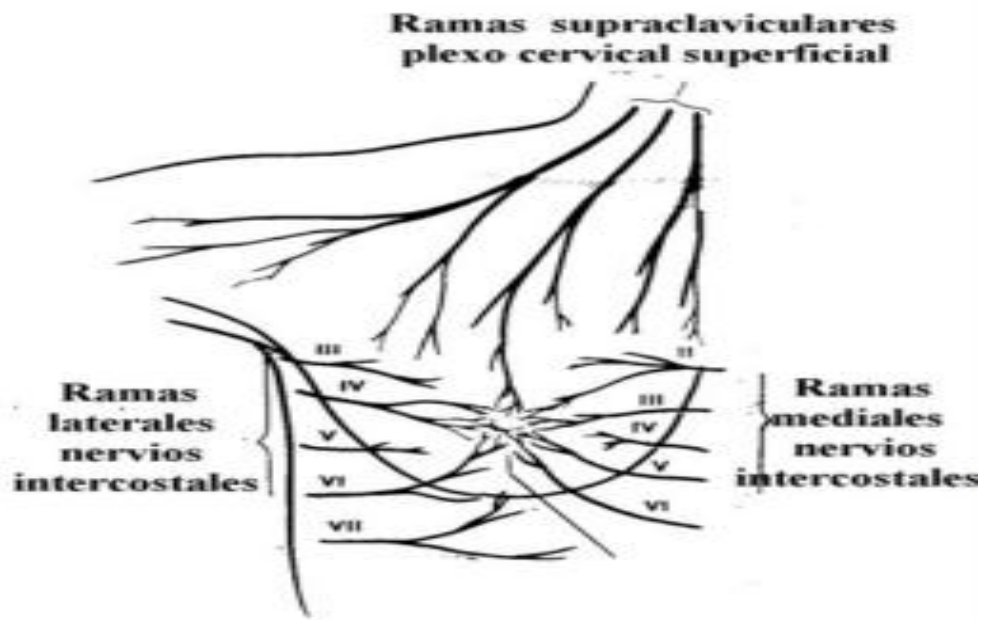


Figura N° 5: Escala de Tanner

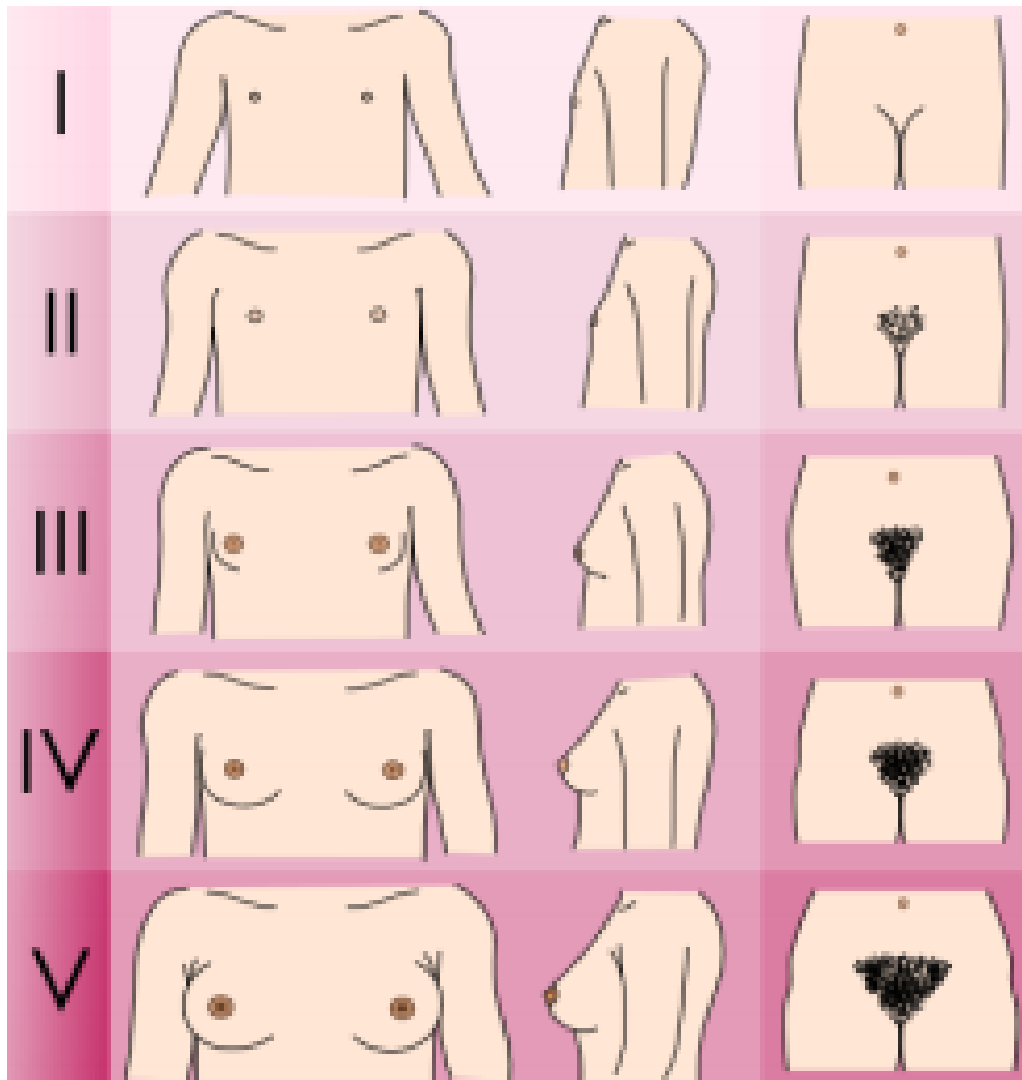


Figura N° 6: Tumor benigno de la mama

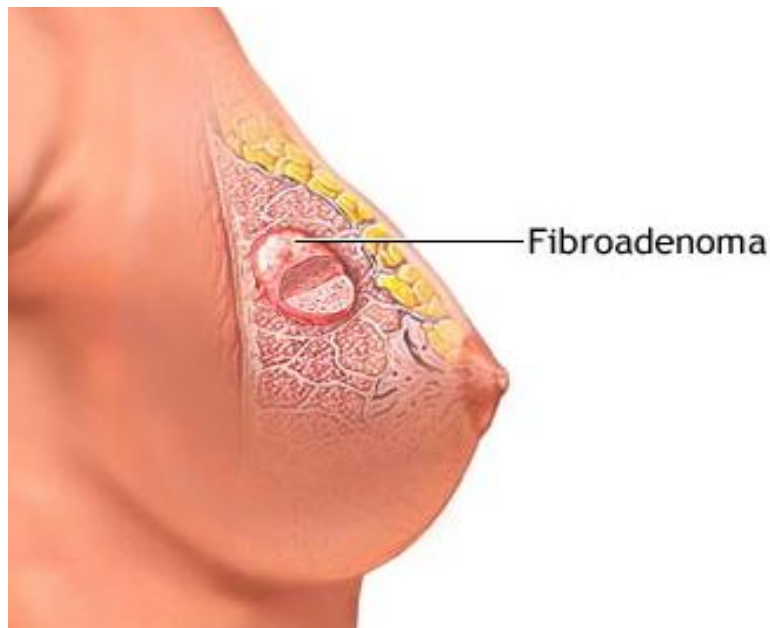


Figura N° 7: Tumor maligno de la mama

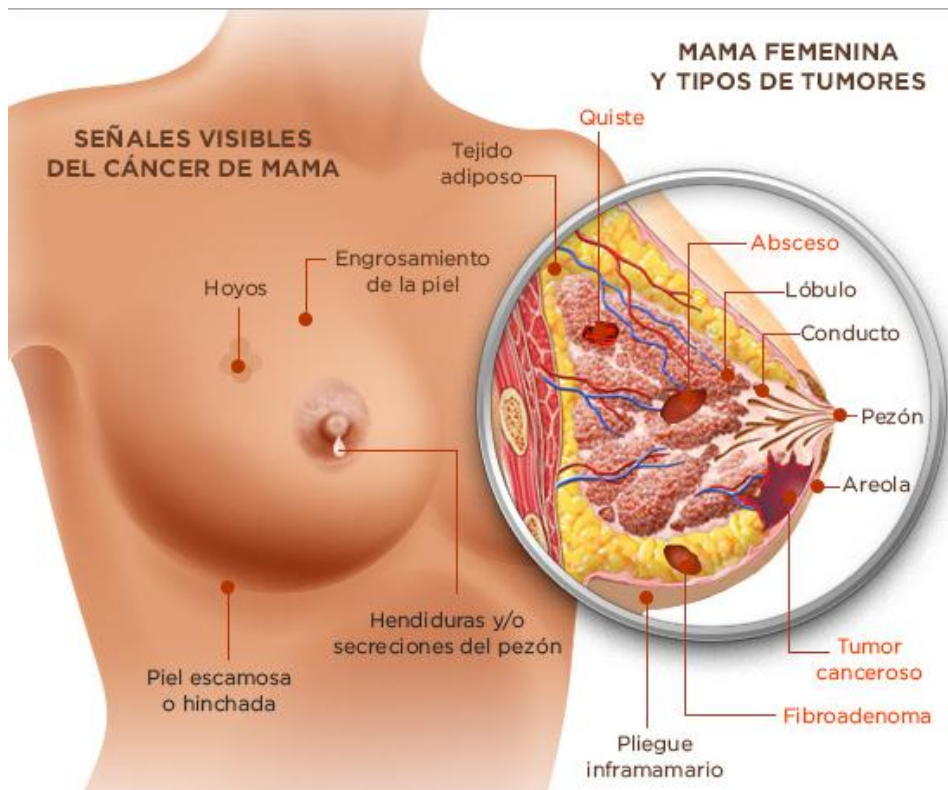


Figura N° 8: Autoexamen de mamas



LISTA DE ANEXOS

Anexos N° 1: Escala de BI-RADS

Categorías BI-RADS	Definición	Manejo recomendado	Lesiones
0	Necesita estudios complementarios para categorización final.	Completar estudios con ultrasonografía, otras proyecciones mamográficas, resonancia magnética y la comparación con estudios previos.	Necesita pruebas para establecer sus características.
1	Negativo	Continuar tamizaje según edad y factores de riesgo.	No lesiones.
2	Hallazgos benignos	Continuar tamizaje según edad y factores de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> • Calcificaciones benignas • Nódulos de contenido graso • Nódulos calcificados. • Ganglios linfáticos intramamario. • Nódulo radiolucido lipomatoso fibroadenolipoma. • Calcificaciones vasculares. • Calcificaciones en glándulas sebáceas. • Calcificación sedimentarias-leche cálcica en formaciones microquísticas ductuales.

Escala de BI-RADS

Categoría BI-RADS	Definición	Manejo recomendado	Lesiones
			<ul style="list-style-type: none"> • Calcificaciones de procesos inflamatorios como mastitis secretora o galactoforitis o peri galactoforitis. • Calcificaciones en cáscara de huevo o núcleos lipofágicos o liponecrosis o quistes. • Calcificaciones toscas o coraliformes de los fibroadenomas. • Suturas quirúrgicas. • Micro calcificaciones distróficas en mama irradiada o trauma.
3	Hallazgos probablemente benignos.	Se requiere seguimiento a corto plazo (cada seis meses por dos años).	<p>Densidad asimétrica focal no palpable, con grasa interpuesta.</p> <p>Nódulo sólido, circunscrito, redondo, ovalada o discretamente lobulado sin calcificaciones.</p> <p>Acúmulo de micro calcificaciones redondas.</p>

Escala de BI-RADS

Categoría BI-RADS	Definición	Manejo recomendado	Lesiones
4	Hallazgos con sospechas de malignidad. a. Baja b. Intermedia c. Alta	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de biopsia. • Referencia al tercer nivel de atención o segundo nivel de atención según capacidad instalada 	<ul style="list-style-type: none"> • Nódulos de forma redondeada, ovalada o lobulada y el contorno mal definido, microlobulado. • Nódulo irregular. • Micro calcificaciones de morfología amorfa, pleomórfica o heterogénea de cualquier distribución. • Distorsión del tejido mamario.
5	Hallazgos con alta sospecha de malignidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de biopsia • Referencia a tercer nivel de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nódulo especulado de cualquier forma. • Nódulo de morfología irregular y cualquier contorno. • Micro calcificaciones lineales o ramificadas, de distribución lineal. • Nódulo de alta densidad
6	Malignidad diagnosticada por biopsia.	Referencia a tercer nivel de atención para tratamiento.	Carcinoma confirmado histológicamente, en espera de tratamiento definitivos o valoración de respuesta a tratamiento.

Anexos N° 2: Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, he sido elegido para participar en la investigación **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL AUTOEXAMEN DE MAMA EN MUJERES DE 18 A 55 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR ESPECIALIZADA, CIUDAD MUJER, MORAZÁN Y E INTERMEDIAS EL DIVISADERO, MORAZÁN Y CAROLINA, SAN MIGUEL. AÑO 2019**

Se me han explicado la aplicación de un instrumento de investigación que consiste en preguntas cerradas, además los riesgos y beneficios y con que cuenta dicho trabajo de investigación, por tanto, doy autorización con el uso de mis facultades a que se aplique en mi persona de forma voluntaria, respetándome mi derecho a la confidencialidad medico paciente.

_____ Firma: _____

Nombre completo, firma o huella del participante

Anexos N° 3: Cuestionario dirigido a la población



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.
DOCTORADO EN MEDICINA

CÉDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A POBLACIÓN
SUJETA DE ESTUDIO

Objetivo: Recolectar información de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre conductas sexuales de riesgo.

Indicaciones: Contestar de manera consciente, seleccionando una de las opciones que a continuación se le presentarán. N° de Boleta:

I. CARACTERÍSTICAS SODIODEMOGRÁFICAS.

1. Edad: _____
2. Sexo: _____
3. Procedencia: Urbana: _____ Rural: _____
4. Estado familiar: Soltera: _____ Casada: _____ Acompañada: _____
5. ¿A qué grupo religioso pertenece?:
 - a) Católico
 - b) Evangélico
 - c) Ninguno
6. ¿Tiene acceso a internet?
 - a) Si
 - b) No
7. ¿Cuenta con redes sociales?
 - a) Si
 - b) No

8. ¿Qué tan frecuente utiliza las redes sociales y/o internet?

- a) Todos los días
- b) Tres veces por semana
- c) No muy frecuentemente
- d) Nunca.

9. ¿Qué nivel de escolaridad posee?

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Técnico
- d) Bachillerato
- e) Educación universitaria
- f) Ninguna

II. CONOCIMIENTO

10. ¿Ha escuchado sobre el autoexamen de mama?

- a) Si
- b) No

11. ¿Por cuál medio obtuvo la información?

- a) Televisión
- b) Radio
- c) Personal de salud
- d) Internet

12. ¿Conoce usted como se realiza el autoexamen de mama?

- a) Si
- b) No

13. Al detectarse usted un nódulo (masa) en los pechos considera que estos son:

- a) Benignos
- b) Malignos
- c) No sabe

14. Considera usted que los hombres también padecen de cáncer de mama:

- a) Si
- b) No

15. ¿Cuál es su fuente de información para la prevención de cáncer de mama?

- a) Hojas volantes
- b) Charlas en unidad de salud
- c) Durante consulta con medico
- d) Internet/radio/televisión
- e) Amigo y/o conocido

III. ACTITUDES

16. Para usted el autoexamen de mama es:

- a) Muy importante
- b) Importante
- c) Poco importante
- d) Nada importante
- e) Me es indiferente

17. Según su opinión, ¿La utilidad del internet y/o redes sociales como fuente de información son?

- a) Muy importante
- b) Importante
- c) Poco importante
- d) Nada importante
- e) Me es indiferente

18. Considera usted realizarse el autoexamen de mama podría ocasionarle alguna patología

- a) Si
- b) No
- c) No se

IV. PRÁCTICAS

19. ¿Por qué no se realiza el examen de mamas?

- a) No es necesario
- b) No sé cómo hacerlo
- c) Miedo a encontrar algo anormal

20. Según su religión como ve la realización del autoexamen de mama
- a) Muy importante
 - b) Importante
 - c) Poco importante
 - d) Nada importante
 - e) Me es indiferente
21. Su religión promueve el autoexamen de mama
- f) Si
 - g) No
22. Practica usted el autoexamen de mama:
- a) Si
 - b) No
23. Si usted practica el autoexamen de mama con qué frecuencia lo realiza:
- a) Diario
 - b) Semanal
 - c) Mensual
 - d) Anual
 - e) Nunca
24. En qué momento del mes se realiza el autoexamen de mama
- a) Antes de la menstruación
 - b) Después de la menstruación
 - c) No tiene cuenta en el mes
 - d) No aplica
25. Si se autoexamina la mama izquierda que mano utiliza
- a) Derecha
 - b) Izquierda
 - c) Con ambas
 - d) No aplica
26. Con que parte de la mano se examina la mama
- a) Dedos
 - b) Yema de los dedos
 - c) Toda la mano
 - d) No aplica

27. Incluye el pezón en el autoexamen de mamas

- a) Si
- b) No
- c) No aplica

28. En qué posición examina sus mamas

- a) Acostada
- b) De pie
- c) Sentada
- d) No aplica
- e) Todas las anteriores

Anexos N° 4: Cronograma de actividades

Mes Semana	ene-18				feb-18				mar-18				abr-18				may-18				jun-18				jul-18				ago-18				sep-18				oct-18				nov-18				dic-18							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
ACTIVIDADES.																																																				
1. Reuniones General con la Coordinadora de proceso de graduación y asesores.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
2. Inscripciones del proceso de graduación.	█																																																			
3. Aprobación del tema de investigación			█																																																	
4. Elaboración de protocolo de investigación.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█																																				
5. Presentación escrita del protocolo de investigación.													Entrega 11 de mayo 2018																																							
6. Ejecución de la investigación.													█	█	█	█	█	█	█	█																																
7. Procesamiento de los datos.																			█	█																																
8. Elaboración de discusión y pruebas de hipótesis.																				█																																
9. Elaboración de conclusiones y recomendaciones.																								█																												
10. Redacción del informe final																												█																								
11. Entrega de informe final.																													█	█																						
12. Exposición de resultados y defensa de informe final de investigación.																																	█	█	█	█	█	█	█	█												

Anexos N° 5: Presupuesto

RUBRO	Precio Unitario en USD	Precio total en USD
RECURSOS HUMANO		
Personal para realizar las entrevistas en profundidad	Adhonoren	Adhonoren
EQUIPO Y SUMINISTRO INFORMÁTICO		
2 Computadoras	650.00	1,300.00
1 impresora	130.00	130.00
3 Botes de tinta de colores (500ml)	10.00	30.00
1 Bote de tinta negra (500ml)	8.00	8.00
1 memoria USB	12.00	12.00
MATERIALES Y SUMINISTROS DE OFICINA		
10 resmas de papel Bond Tamaño carta	5.00	50.00
15 anillados de informes de investigación	3.00	45.00
1,000 fotocopias	0.03	30.00
20 folders tamaño carta	0.15	3.00
1 Empastado	15.00	15.00
TOTAL		1,623.00
10% De imprevistos		162.30
	TOTAL	1,785.30

Anexos N° 6: Glosario

ACTITUDES: Disposición de ánimo manifestada de algún modo autoexamen de la Mama: visualización de la mama y palpación de la glándula por la mujer, lo que puede permitirle diagnosticarle nódulos mamarios.

BI-RADS: Sistema de reporte y base de datos de imágenes mamarias.

CANCER: Tumor de características malignas, que se caracteriza por el crecimiento incontrolado de las células, la infiltración de los tejidos adyacentes y su crecimiento a distancia.

CANCERIGENO: Se dice del agente fisicoquímico o biológico, que induce al desarrollo de cáncer.

CONOCIMIENTOS: Noción, saber o noticia elemental de algo.

EDUCACIÓN: Instrucción por medio de la acción docente.

FNA: biopsia por aguja fina

MAMA: Sinónimo de seno, pecho. Carácter sexual secundario de la mujer. Compuesta por piel, donde sobresalen el pezón y la areola, tejido glandular y adiposo, todo ello con variaciones individuales y dentro de una misma mujer, también variable de acuerdo a su edad.

MAMOGRAFÍA: Representación de una mama femenina mediante una técnica radiológica especial con finalidad diagnóstica y/o screening. Radiografía de la mama.

MASTECTOMÍA: Extirpación o amputación quirúrgica, de la mama en su totalidad, existiendo numerosas técnicas al respecto.

MARCADORES TUMORALES: Sustancias (hormonas, enzimas, complejos proteicos) producidas por las células tumorales o células del huésped y detectables en sueros u otros líquidos biológicos.

MASTITIS: Lesiones con respuesta local de las estructuras que forman la glándula mamaria frente a cualquier agresión tanto microbiana, como física, bacteriana, viral.etc.

MASTALGIA: Síntomas consistentes en el dolor de la glándula mamaria.

PAAF: Siglas de puncion-aspiracion con aguja fina, procedimiento atraves del cual es posible obtener, mediante una aguja transdermica, una muestra de un órgano o tejido específico para realizar un análisis citológico o bacteriológico con fines diagnósticos.

PRACTICAS: Usar o ejercer algo continuadamente.

PRONOSTICO: Juicio medico con respecto a la importancia, duración y consecuencias finales de un proceso patológico.

PROMOCIÓN: Conjunto de actividades cuyo objetivo es dar a conocer algo, para mejorar las condiciones de vida físicas intelectuales.

PREVENCIÓN: Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo, una enfermedad.

QUIMIOTERAPIA: Tratamiento de enfermedades determinadas. Mediante agentes químicos.

QUIMIO PREVENCIÓN: Administración de sustancias químicas y naturales, con el objeto de prevenir la carcinogénesis celular, suprimiendo o haciendo reversible la progresión desde un estado pre maligno a uno maligno.

RADIOTERAPIA: Rama de la medicina que se ocupa del tratamiento de las lesiones o enfermedades mediante radiaciones ionizantes, utilizando la capacidad de generar alteraciones biológicas sobre los tejidos.